

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 décembre 1903, à 1 heure

Par **Eugène DAMEY**

Ancien externe de l'Hôtel-Dieu de Rennes
Ancien interne de l'Hôpital d'Evreux

DE

QUELQUES MODIFICATIONS A APPORTER
AUX PROCÉDÉS DE

Cure radicale de la Hernie Inguinale

MANUEL OPÉRATOIRE DE M. DAYOT FILS

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Rennes

AVEC DESSINS DE L'AUTEUR

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. TUFFIER, WALTHER et CUNÉO, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

23, Rue Monsieur-le-Prince, 23

1903

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	N....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	CHANTEMESSE
Maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophthalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
Clinique gynécologique	TERRIER.
Clinique chirurgicale infantile	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	DE LAPERSONNE
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.

Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER et FARABEUF.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DEGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGREY	des trav. anat.)	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

La pratique de l'asepsie en chirurgie a rendu les interventions si bénignes, que bon nombre d'entre elles sont actuellement devenues tout à fait courantes.

Telle est, par exemple, et peut-être même vient elle en première ligne, la cure radicale des hernies.

Les hernies constituaient autrefois une véritable plaie pour l'humanité, vu leur nombre relativement grand, et la proportion inversement très minime de celles dont le port d'un bandage pouvait provoquer la guérison.

Il n'en est heureusement plus ainsi, et notre époque a vu naître un certain nombre de méthodes opératoires par lesquelles on peut obtenir la suppression des points faibles, rendant ainsi absolument valides des gens autrefois condamnés à rester toute leur vie des infirmes.

Les hernies inguinales étant de beaucoup les plus fréquentes ont naturellement provoqué les tentatives de tous les chirurgiens, et des procédés très nombreux

ont donc été successivement essayés pour en obtenir la cure radicale.

Les procédés actuellement en usage sont encore nombreux, ceci prouve que malgré les résultats très satisfaisants donnés par les méthodes nouvelles, ces méthodes laissent encore quelques *desiderata*. Les chirurgiens continuent en conséquence à leur chercher des perfectionnements.

M. le Dr Dayot fils, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Rennes, opérant depuis déjà longtemps des hernies inguinales, a été peu à peu amené à combiner, en les modifiant parfois, suivant la diversité des cas, quelques uns des procédés actuels. Il est ainsi arrivé à adopter un mode opératoire, qui sans constituer précisément une méthode nouvelle, est cependant intéressant à signaler, vu les indications qu'il remplit et la perfection des résultats obtenus.

M. Dayot, dont nous fûmes l'élève puis l'externe et près duquel nous remplîmes quelques mois les fonctions d'interne intérimaire, nous a fait le grand honneur de nous autoriser à en faire l'exposé ; nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici combien nous sommes sensible à cette preuve de bienveillant intérêt. Elle ne nous a d'ailleurs pas surpris étant donnée l'aménité qui caractérisa toujours ses leçons, et la complaisance avec laquelle il répondit toujours à nos questions, parfois indiscretes.

Au moment de quitter l'Ecole pour nous lancer dans la carrière médicale, qu'il nous soit également permis de témoigner notre vive reconnaissance à tous nos

professeurs de l'Ecole de Rennes et en particulier à M. le Dr Follet, dont nous fûmes aussi l'externe et qui nous donna d'excellentes et bienveillantes leçons de clinique médicale.

Après avoir terminé notre stage régulier, nous quittâmes Rennes pour venir, en qualité d'interne à l'hôpital d'Evreux ; nous sommes heureux de pouvoir exprimer aux médecins avec lesquels nous y fûmes en rapports, et particulièrement à M. le Dr Veslin, l'excellent souvenir que nous en conservons.

Un remerciement bien mérité est encore celui que nous devons à notre ami René Marteville pour le zèle infatigable avec lequel il nous aida dans l'étude des résultats post-opératoires.

M. le professeur Tillaux nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il daigne agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

DES INDICATIONS A REMPLIR AU COURS DE LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES.

Les hernies inguinales empruntent le trajet inguinal, en partie ou en totalité. Ce trajet étant un tunnel intra-pariétal, destiné au passage du cordon spermatique chez l'homme, du ligament rond chez la femme, constitue un appel naturel à la formation des hernies ; et la nécessité de respecter, au moins chez l'homme, les organes qui le traversent, constitue une source constante de difficultés pour l'opération curative.

C'est cela qui faisait dire à M. Von Bergmann au xx^e congrès de la Société allemande de chirurgie (avril 1894) : « Quelle que soit la méthode employée dans la cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme, elle pèchera inévitablement par le fait que l'espace nécessaire au passage du cordon spermatique persistera toujours. Voilà la vraie raison pour laquelle nous courrons toujours après une méthode meilleure sans jamais la trouver. »

Le péritoine, par suite d'une disposition anatomi-

que congénitale ou acquise se trouve constituer également une amorce aux hernies. Ce sera un ennemi à combattre.

Après le traitement du péritoine, la paroi abdominale présentant à ce niveau un point faible, il sera utile de fermer la brèche, et s'il est possible, de renforcer la région, ou tout au moins de la modifier pour que l'effort des viscères ne s'y exerce plus de la même façon et rencontre une barrière efficace.

La restauration de la paroi constituera donc pour nous un temps important de l'opération.

Nous prétendons aujourd'hui par l'intervention sanglante procurer au malade la cure réelle de sa hernie. Il n'y a pas encore si longtemps, on s'estimait très heureux lorsque l'on avait réussi à mettre les malades dans les conditions de gens ayant une hernie petite et facile à contenir. Les chirurgiens ne pouvaient se contenter d'un résultat aussi approximatif : il leur fallait réussir tout à fait. Ils se sont ingéniés dans ce but et sont parvenus à l'atteindre dans la majorité des cas. Les méthodes nouvelles ont donné des résultats si parfaits que la notion s'en est vite répandue dans le public et que nombreux sont aujourd'hui les gens qui sollicitent la cure radicale de leur hernie, dès que celle-ci leur cause la moindre gêne. C'est là une raison de plus pour chercher à obtenir des résultats de plus en plus parfaits, et dans ce but, une bonne pratique sera de faire subir à chacun des éléments de la hernie le traitement qui semble donner le plus de garanties.

Nous nous rallierons donc absolument aux conclusions de M. Lucas-Championnière. Il faudra :

« 1° Détruire la surface glissante bien au-delà du sac, c'est-à-dire le plus haut possible dans le ventre (infundibulum séreux).

2° Si les parties herniées ou celles qui peuvent descendre dans la hernie peuvent être supprimées, les extirper (ablation de tout épiploon hernié ou accessible).

3° Enfin, la partie béante de la paroi doit être oblitérée, défendue par la cicatrice la plus puissante possible. »

Il est naturellement nécessaire de respecter toujours le testicule et de même le cordon. Si au cours de l'opération il est possible, non seulement de ne pas léser ce dernier, mais mieux de faire en sorte qu'il ne soit ensuite que mieux protégé, le résultat n'en sera que meilleur.

L'opération étant devenue absolument bénigne, il est actuellement permis d'élargir beaucoup les limites de la célèbre formule de M. Trélat; « Toute hernie quelle qu'elle soit, qui n'est pas complètement, constamment, facilement contenue par un bandage est justiciable de la cure radicale. »

Toute hernie étant « une infirmité doublée d'un danger » le chirurgien peut opérer tout individu qui l'en sollicite, même les jeunes enfants, l'obtention chez eux de la guérison par les bandages restant toujours incertaine.

Avant d'entreprendre l'étude des procédés divers qui

ont été préconisés dans la question qui nous occupe, il convient de passer en revue la constitution d'une hernie et celle de la région. Nous verrons ainsi quels sont les matériaux mis par la nature à la disposition du chirurgien, point qui est évidemment pour lui d'une importance primordiale.

Le contenu de la hernie est d'un médiocre intérêt. Que ce contenu soit de l'intestin, gros ou petit, ou un autre organe abdominal, l'indication toute simple sera de le réduire. La seule exception sera faite pour l'épiploon que la majorité des chirurgiens, croyons-nous, résèquent comme le conseille M. Lucas-Championnière.

La hernie est toujours contenue dans un sac sérieux, dépendance du péritoine pariétal. Ici deux cas suivant que la hernie est congénitale ou acquise.

Au point de vue pratique, sa constitution est toujours la même, nous n'y insisterons pas. La seule chose importante pour nous sera ce fait que dans la hernie congénitale les différents éléments du cordon sont intimement unis au sac. La dissection de ce dernier est donc dans ce cas beaucoup plus difficile. Ce fut même là, une difficulté qui gêna très longtemps les chirurgiens car nous voyons encore en 1887 M. Richelot discuter à l'Académie de Médecine sur la possibilité de cette dissection ; M. Broca la discutait même encore en 1891 au cinquième Congrès Français de chirurgie. Il est cependant aujourd'hui bien reconnu que pour être parfois difficile elle n'en est pas moins toujours

possible dans un temps n'excédant jamais quatre à cinq minutes.

Le sac contenant la hernie s'engage de dedans en dehors dans le canal inguinal. Au moment où il s'y engage, il contracte des rapports importants avec l'artère épigastrique et avec le cordon spermatique. Ce dernier suivant d'abord un trajet ascendant, puis s'engageant dans le canal par une courbe à concavité antéro-inférieure, se trouve toujours au-dessous de la hernie. Il se trouvera en outre un peu en dedans ou un peu en dehors d'elle, suivant que sa pénétration se sera faite par la fossette inguinale externe, ou par la moyenne ou l'interne. Quant à l'artère épigastrique, naissant de l'artère iliaque externe à quelques millimètres seulement au-dessus de l'arcade fémorale, elle se porte immédiatement après son origine horizontalement en dedans, pour se redresser bientôt et se diriger en haut et en dedans vers le bord externe du grand droit abdominal qu'elle suit quelque temps pour finir par pénétrer en plein muscle et s'anastomoser avec les terminaisons de la mammaire interne. Elle nous intéresse seulement à son origine, par ce fait que là elle est en rapport avec le canal déférent qui l'embrasse dans sa courbe. Elle chemine en ce point dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, entre le *fascia transversalis* et le péritoine pariétal juste au niveau du pourtour de l'orifice interne du canal inguinal. Elle contribue par conséquent à rendre dangereuse cette région pour le chirurgien.

Le canal inguinal dans lequel pénètre le sac est obli-

quement creusé de haut en bas et de dedans en dehors dans l'épaisseur de la paroi.

La constitution de ce canal mérite au plus haut point de retenir notre attention. Il est limité par quatre parois que l'on distingue en antérieure, postérieure, inférieure et supérieure.

La paroi antérieure est entièrement fibreuse, constituée par l'aponévrose d'insertion du Grand Oblique, laquelle va s'insérer en éventail sur le bord antérieur de l'arcade crurale.

La paroi postérieure est, elle aussi, de texture aponevrotique. C'est le *fascia transversalis* descendant pour aller se fixer au bord postérieur de l'arcade crurale. On trouve encore dans son épaisseur des fibres musculaires en assez grand nombre, fibres terminales plus ou moins dissociées du muscle Transverse.

La paroi inférieure n'est autre que la face supérieure de l'arcade fémorale excavée en gouttière.

Enfin la paroi supérieure est presque complètement musculaire. Elle est constituée par les bords inférieurs des muscles Petit Oblique et Transverse, dont selon M. Testut : « les fibres inférieures s'éparpillent non seulement sur la face supérieure du cordon, mais encore sur ses faces latérales et jusque sur sa face inférieure.

Outre ces éléments constants, notons encore dans cette région la présence de faisceaux musculaires surnuméraires. Tels sont, par exemple, le muscle Pubio-péritonal décrit par Macalister et naissant de la crête pectinéale, en arrière du ligament de Gimbernat pour se terminer sur le *fascia transversalis* en dehors de

l'ombilic ; le muscle *Pubio-transversalis* signalé par Lüsckha, s'étendant en arrière du muscle Transverse, de la branche horizontale du pubis au voisinage de l'anneau inguinal interne ; le Tenseur de l'arcade crurale de Gruber, allant de la branche horizontale du pubis à l'arcade crurale, à l'union de son tiers externe et de son tiers moyen.

Nous insistons particulièrement sur la constitution anatomique des parois du canal inguinal, dans le but de bien établir la présence dans ses parois supérieure et inférieure de fibres musculaires en quantité très notable.

Nous reviendrons ultérieurement dans la description d'ensemble de l'opération sur ce point, qui aura alors une grande importance.

Nous ne nous arrêterons pas, en revanche, à étudier comment les fibres d'insertion de l'aponévrose du Grand Oblique s'organisent pour constituer ce que l'on appelle généralement les piliers de l'orifice externe du canal. Nous plaçant au point de vue mécanique, nous ne voyons là qu'un simple écartement angulaire de ces fibres, par lequel vient passer le cordon.

Voilà donc passés en revue les éléments que nous fournissent la hernie et la région où elle se trouve. Nous serons maintenant à même d'apprécier lesquels pourront être utilisés pour l'opération.

Dans le chapitre suivant nous nous proposons de faire une étude rapide des nombreux procédés par lesquels a été recherchée la cure radicale. Cette étude aura pour but de rechercher la meilleure manière de

traiter chacun des éléments anatomiques. Dans chaque méthode nous nous efforcerons de retenir les points de technique qui semblent donner les meilleurs résultats.

Nous exposerons ensuite comment les différents temps de l'opération réalisée par M. Dayot réunissant ces différents points constituent par conséquent non une méthode nouvelle, mais un perfectionnement des bonnes méthodes, ce qui garantit l'excellence des résultats.

Nous ferons remarquer d'ailleurs que l'opération n'est de ce fait nullement compliquée et reste donc à la portée de tout chirurgien expérimenté.

CHAPITRE II

DIFFÉRENTES MANIÈRES DE TRAITER LE SAC.

Nous avons déjà énoncé plus haut le traitement ordinaire du contenu de la hernie. Réduction pure et simple de tous les organes y contenus, à l'exception de l'épiploon que M. Lucas-Championnière recommande de réséquer : « Il sera utile, dit-il, de réséquer tout ce qu'il sera possible d'enlever, non seulement ce qui est adhérent au fond du sac, mais tout ce que l'on peut atteindre, tout ce que l'on peut attirer d'épiploon. » La raison en est que : « les franges épiploïques insinuanes et difficilement coercibles, jouent un rôle fâcheux dans la production et la reproduction des hernies ; parce qu'elles préparent la voie à l'intestin qui suit en arrière-garde ; parce que les franges lipomateuses et hypertrophiées peuvent, ainsi que cela a été observé, faire obstacle à la réduction intestinale ; parce que les procédés opératoires qui veulent obturer le trajet avec un bouchon épiploïque conservent au contraire une *invitation* à la hernie nouvelle ; parce que enfin les brides épiploïques

respectées deviennent des cordes indurées sur lesquelles peut se faire un étranglement intestinal secondaire. Haro sur l'épiploon ! Voilà la conclusion ; excision des masses épiploïques accessibles voilà le précepte. (Forgue et Reclus. *Traité de Thérapeutique Chirurgicale*).

Cette excision pouvant entraîner des hémorrhagies considérables ne doit être faite qu'après ligature soignée. Les uns posent des ligatures en chaîne, M. Lucas-Championnière place des fils multiples, par groupes, ce qui dit-il, permet à l'épiploon une fois rentré dans le ventre de bien s'étaler en ne formant ni nœud ni corde.

Passons maintenant à l'étude des divers traitements qui ont été proposés pour le sac.

Celse d'Alexandrie en faisait l'extirpation, puis il se préoccupait d'obtenir une large et forte cicatrice comprenant la brèche péritonéale ainsi ouverte. Notons qu'il conseillait déjà le respect du testicule toutes les fois que la chose était possible.

Paul d'Egine perfectionna sa méthode en ce sens, qu'avant d'exciser le sac il procédait à sa ligature. Mais chez lui, la section du sac s'accompagnait de celle du cordon, ce qui constituait un défaut capital.

Puis la cure radicale tomba dans le domaine des empiriques, ce fut l'ère des « châteurs » aussi ne faut-il pas s'étonner si jusqu'au XIII^e siècle ne parut aucune méthode scientifique.

Mais à ce moment Béraud Méthis inventa le Point Doré. Son procédé consistait en la ligature à l'aide d'un fil d'or, du collet du sac et du cordon sans dissociation préalable. Il avait la prétention de pouvoir serrer suf-

fisamment le premier sans endommager le second. Sa ligature était de plus hasardeuse car il opérait à l'aveuglette.

Ambroise Paré pratiqua aussi la kélotomie dans le but d'obtenir la cure radicale.

La Suture Royale se proposait encore uniquement la fermeture du sac, et consistait dans ce but à le coudre de haut en bas de façon à l'étrangler tout en respectant le cordon. Ces procédés donnèrent quelques bons résultats, mais leur exécution laissait sans doute à désirer et ils disparurent rapidement. Certains y joignirent d'ailleurs des pratiques dangereuses, tel Maget par exemple, cautérisant le sac au vitriol, et cela ne contribua pas peu à provoquer leur abandon.

Plus tard Belmas essaya d'obtenir l'oblitération du sac en y introduisant une petite vessie de baudruche qu'il y laissait après l'avoir insufflée ou bourrée de filaments de gélatine desséchés.

Vers la même époque, parurent de nombreux procédés ayant pour base l'invagination du sac et des tégu-
ments.

Gerdy fut le père de cette méthode. Il invaginait le scrotum autant qu'il le pouvait dans le trajet inguinal et le fixait là par des sutures enchevillées.

Les procédés de Sotteau, de Wützer n'étaient que des perfectionnements de celui de Gerdy. Ils maintenaient l'invagination à l'aide d'un cylindre dur ; bois ou ivoire, l'*invaginatorium*.

Valette de Lyon pratiqua aussi l'invagination et avec elle, employa concurremment les caustiques.

John Wood fit faire un grand pas à la question avec son procédé d'oblitération du sac par suture sous-cutanée.

Il invaginait le sac dans son collet puis (et pour cela il s'aidait parfois d'une petite incision) il passait à l'aide d'une aiguille une anse de fil qui traversait un des bords de l'orifice inguinal profond, puis le sac en laissant le cordon en arrière et enfin le bord opposé de l'orifice. Il obtenait en serrant cette anse, à la fois l'occlusion du sac et le resserrement de l'anneau. La méthode ne pouvait évidemment s'appliquer qu'aux hernies réductibles, mais elle eut l'avantage de donner, au moins dans ces cas des résultats satisfaisants.

Mais les chirurgiens devenant plus hardis se mirent à opérer à ciel ouvert. A partir de ce moment il n'y a plus guère que deux manières de traiter le sac : Les uns l'exécutent après ligature, les autres le lient, mais cherchent en outre à l'utiliser au lieu de l'enlever.

Théophile Anger, par exemple, se borna à l'excision, ce fut aussi la pratique de Mac Burnay, de Markoë, et ces chirurgiens le liaient auparavant, au niveau de l'orifice externe du canal.

D'autres cherchèrent à aller le lier plus haut, par exemple Daniel Mollière, qui pour sa ligature, se servait d'un tube de caoutchouc maintenu par un morceau de plomb écrasé.

M. Vidal de Cassis en fit l'enroulement ; M. Felizet, dans le but de rendre plus aisée son extirpation imagina d'y faire une boutonnière par laquelle il y intro-

duisait une petite poire en caoutchouc qu'il pouvait insuffler.

La méthode aseptique permettant au chirurgien une hardiesse toujours plus grande, on devait naturellement en venir à inciser largement la région, de telle façon que la dissection du sac pouvait être poussée jusque dans le ventre.

Ceci devient en effet rapidement une pratique générale, et cependant, nous voyons encore les modes de traitement du sac rester nombreux et variés.

Nous voyons par exemple M. Julliard de Genève en pratiquant le capitonnage.

M. Terrillon communiqua un procédé analogue. Il évitait la dissection complète du sac, se contentant de libérer ses parois latérales. Cette manœuvre lui permettait d'en accoler les deux faces, leur faisant former un ruban aplati ; et c'est ainsi qu'il les fixait en les cousant à l'aide d'un fil de catgut par des points de capiton.

M. Saboia de Rio de Janeiro opéra pendant quelque temps suivant une méthode analogue, mais ayant eu quelques accidents graves, suivis pourtant de guérison, il l'abandonna pour la résection totale du sac suivie de la suture des parois des orifices, trouvant par ce procédé l'opération moins dangereuse.

Cette résection totale, pure et simple du sac, devint d'ailleurs pour de nombreux opérateurs le seul but à atteindre et suffisant pour donner la cure radicale.

M. Daniel Mollière disait par exemple au III^e Congrès Français de chirurgie : « Aujourd'hui nous poursui-

vons la *suppression* du sac. La suture des piliers, l'enroulement du sac refoulé dans l'anneau ne sont que des détails opératoires de peu d'importance. Avant de pratiquer la ligature du sac, disait il, je recommande de tirer aussi énergiquement que possible sur ce dernier pour que la ligature étrangle non seulement le collet, mais l'entonnoir péritonéal situé au dessus de lui. »

M. Routier disait de même : « Je préconise l'extirpation totale du sac avec ligature à sa base ; la suture des piliers me paraît inutile. » Il est indubitable que cette méthode donna des cures radicales dans toute l'acception du mot.

MM. Lucas Championnière et Kocher insistent également pour cette ligature élevée du sac pratiquée de façon à supprimer *l'infundibulum*, condition essentielle d'une cure radicale. L'excellence de cette recommandation trouve sa consécration dans les observations publiées par M. O. Von Buengner, lequel a pu se convaincre dans deux autopsies, que la ligature ainsi faite a pour effet de supprimer tout cul-de-sac en ce point. M. Mitchell Banks cherche aussi à lier le sac aussi haut que possible.

C'est encore la pratique de Mac Burnay, qui y introduit le doigt pour empêcher et prévenir l'inclusion de l'intestin pendant l'application de la ligature, ce qui lui permet de porter celle-ci plus haut.

Un procédé intéressant pour obtenir aussi ce résultat, est celui de M. Ball, qui libère le sac, puis après traitement convenable de son contenu, le prend dans une pince et en fait la torsion par quatre ou cinq tours, en

ayant soin de ne pas y provoquer de déchirures. Il l'étreint ensuite à la partie interne de la torsade, ainsi faite, à l'aide d'un fil de catgut.

Beaucoup préfèrent, après cette ligature, se servir du sac au lieu d'en exciser le fond. C'est précisément ce que fait M. Ball : après avoir tordu le sac comme il vient d'être dit il passe des fils de soie de la lèvre externe des téguments à travers le pilier inférieur, puis le sac au delà du fil de catgut, puis le pilier supérieur et la peau de la lèvre interne de la plaie par devant laquelle il les liait.

Kocher préconisa en 1892, après la dissection du sac, de faire un trou à l'aponévrose du Grand Oblique, en face de l'anneau inguinal profond, et d'y passer une pince qui va saisir le sac et l'attirer au dehors, après quoi il le tordait et le fixait à l'aponévrose du Grand Oblique.

M. Bryant, dans le but d'augmenter la résistance de la région, se servait du sac comme d'une lanière avec laquelle il entrelaçait les piliers de l'orifice externe.

M. Reed, pour sa part, l'employa à obturer l'anneau profond et le fixait transversalement à cet anneau.

M. Macewen forme avec le sac un bourrelet qu'il fixe à l'orifice interne du canal. Il l'attire pour cela fortement en bas, l'isole aussi haut que possible, puis décolle le péritoine dans le voisinage de l'anneau profond, de façon à former là une sorte de poche dans laquelle le sac viendra se loger. Il passe un fil de soie de droite à gauche et de gauche à droite plusieurs fois à travers le sac de façon à ce qu'il se plisse sur lui-

même quand on tire sur le bout du fil. Il l'introduit alors dans la poche mentionnée plus haut, puis il suture l'orifice herniaire.

Le procédé de M. Stanmore Bishop est basé sur le même principe.

MM. Duplay et Cazin sont les promoteurs d'une méthode dans laquelle le sac est encore lié le plus haut possible. Ils imaginèrent d'abord de le séparer en deux lanières avec lesquelles ils faisaient une succession de nœuds, puis, se disant qu'un seul nœud suffisait pour en amener l'oblitération, ils utilisèrent les lanières qui leur restaient pour faire la reconstitution de la paroi postérieure du canal, réalisant ainsi sans fils la méthode de Bassini que nous étudierons ultérieurement.

Au même moment, M. J. L. Faure eut également l'idée de faire des lanières fibreuses aux dépens du sac, mais après y avoir fait aussi un nœud pour réaliser l'oblitération de ce dernier, il les utilisait pour rapprocher les piliers de l'orifice externe.

Une autre méthode parut encore qui avait pour but, d'abord de supprimer le sac, puis d'en éloigner autant que possible le moignon du point où il se trouvait auparavant.

C'est ainsi que nous voyons M. A. Barker lier le collet par un fil dont il conserve les deux bouts. Après excision du sac à un demi-pouce au-dessous de la ligature, un des bouts du fil est enfilé dans une aiguille. Celle-ci est passée dans le haut du canal inguinal en avant du cordon. L'index gauche refoule le moignon du sac et reconnaît le bord inférieur de l'anneau pro-

fond. L'aiguille traverse alors le plus haut possible un des bords de cet orifice et ressort en avant en traversant toute la couche musculo aponévrotique. Elle est alors retirée pour aller reprendre l'autre bout du fil et sert à le passer de la même façon que le premier à travers le bord opposé de l'anneau. L'orifice profond du canal se trouvera donc fermé quand on serrera les deux bouts du fil et du même coup le collet se trouvera fixé haut derrière lui.

Dans le même ordre d'idées M. Baxter rebrousse le sac libéré entre le péritoine et la paroi au-dessus de l'anneau profond, puis il l'y fixe à l'aide d'une suture profonde. Il referme en avant la plaie par une seconde assise de sutures comprenant seulement les téguments. M. Bennett commence par lier le sac, puis pour le fixer plus haut derrière la paroi il en traverse le collet d'une anse de fil dont les deux chefs vont traverser la paroi un peu plus haut, sortant en deux points un peu écartés, après quoi il les lie par devant.

Après l'étude rapide que nous venons de faire, nous pouvons remarquer que tous les opérateurs, ou peu s'en faut, sont actuellement pour la ligature aussi élevée que possible du sac herniaire, et la valeur de cette pratique est telle que M. Daniel Mollière et M. Routier, ainsi que beaucoup d'autres, la croient, comme nous l'avons vu plus haut, suffisante pour assurer la cure radicale de la hernie. C'est là ce que nous verrons faire aussi par M. Dayot : après avoir ouvert le sac pour en reconnaître le contenu et pouvoir faire subir à celui-ci le traitement qui lui convient, il le lie aussi haut que

possible, employant pour ce temps de l'opération la torsion préconisée par M. Ball, après quoi il le sectionne.

Pensant, en outre, que par suite des tiraillements qu'elle a subis, cette région du péritoine peut constituer encore un point faible, et par là même servir d'amorce à une récurrence, il fixe le moignon du sac aussi loin que possible de l'orifice interne du canal. De cette façon ce sera du péritoine sain qui se trouvera derrière cet orifice. C'est là, comme nous le voyons, une manœuvre analogue à celles de M. Barker et de M. Bennett.

Nombreux sont, comme nous venons de le dire, les chirurgiens qui estiment le traitement du sac, condition nécessaire et suffisante pour obtenir la cure radicale. Il faut pourtant reconnaître que cette méthode a encore à son actif un nombre relativement grand de récurrences. Bonne évidemment dans les cas de petites hernies avec anneaux peu dilatés, elle reste insuffisante si l'on a affaire à des hernies volumineuses, passant par des anneaux très distendus, ou encore dans les cas de parois abdominales affaiblies ou naturellement faibles.

Ces considérations ont poussé nombre de chirurgiens à diriger leurs efforts vers la fermeture de la « porte herniaire ». Les uns se contentent de cette fermeture, d'autres conjointement avec elle, instituent le traitement du sac.

Notre prochain chapitre aura pour but l'appréciation des divers procédés par lesquels est obtenue cette oblitération.

CHAPITRE III

DES DIFFÉRENTS MODES DE FERMETURE DE LA *Porte herniaire.*

Nombreux sont les chirurgiens qui ont pensé que les éléments naturels de la région ne leur fourniraient pas les matériaux suffisants pour obtenir une oblitération efficace de la brèche faite par les hernies à la paroi abdominale. Ils se sont donc ingéniés à obtenir ce résultat en utilisant différents corps étrangers.

Nous avons déjà mentionné comme traitement du sac le procédé de M. Belmas, lequel y introduisait une baudruche qu'il gonflait ensuite soit d'air, soit de filaments de gélatine desséchés, laquelle remplissait le rôle de tampon obturant.

M. Von Winiwarter employa pour fermer l'orifice profond un tampon de gaze iodoformée qu'il laissait à demeure et qui, disait-il, était parfaitement toléré.

Certains procédés utilisent en guise de tampon le testicule lui-même refoulé dans le canal.

M. Niehans inséra derrière la paroi abdominale une lamelle périostique.

M. Trendelenburg appliqua de même au devant des piliers une lamelle osseuse préalablement stérilisée, ayant la forme d'une pièce de monnaie.

Les résultats de ces tentatives parurent favorables. Cependant M. Trendelenburg lui-même reconnaît que ces lamelles pourraient étrangler plus ou moins par leur bord le cordon spermatique, « mais je crois, dit-il, qu'on pourrait y creuser un trou au niveau de ce cordon ».

M. Thiriar de Bruxelles pratiqua également le transplant osseux : « Une fois le sac réséqué, disait il au VII^e Congrès Français de Chirurgie, et le moignon rentré dans le ventre, j'interpose une lamelle d'os décalcifié entre ce moignon et la paroi abdominale. La grandeur de cette lame doit varier avec les dimensions de l'orifice lui-même. Cette plaque est maintenue en place par des fils de catgut... J'ai pu vérifier sur un malade ce que devenait au bout d'un certain temps cette lame d'os décalcifié abandonnée dans les parties molles : elle se résorbe et est remplacée par du tissu de cicatrice résistant et dur ».

M. Schwartz communiquait en 1891 quelques cas de cure radicale chez la femme, pour lesquels, après suture des surfaces cruentées, il avait « complété l'opération en mettant au devant de l'orifice externe du trajet inguinal refermé, un bouchon de catgut (1 m. 50 de catgut enroulé sur lui-même) qui, en s'organisant, constitue un tampon solide renforçant la paroi abdominale.

Quelques procédés se servirent de lambeaux cutanés pour ce renforcement.

Rappelons à ce sujet que l'invagination de Gerdy tendait à former devant le trajet un tampon aux dépens du scrotum.

M. Jameson fit une autoplastie au moyen d'un lambeau transporté des téguments voisins sur l'orifice du sac ouvert.

M. Lucas-Championnière a également autrefois introduit et fixé dans des orifices très larges un grand lambeau de peau, taillé au voisinage et dont il avait avivé la face superficielle.

Nous retrouvons encore de nombreux essais d'autoplastie à l'aide de lambeaux musculaires ou tendineux pris dans le voisinage.

C'est ainsi qu'en 1893, M. Schwartz, ouvrant largement la gaine du Grand Droit de l'abdomen, y prenait un lambeau comprenant le tiers ou la moitié de son épaisseur et offrant une largeur de quatre ou cinq centimètres; ce lambeau disséqué de haut en bas était laissé adhérent par un pédicule inférieur. Il l'insinuait alors derrière la partie interne de l'anneau inguinal et doublait de la sorte l'orifice herniaire par une couche musculaire épaisse qu'il suturait en bas à l'arcade crurale de façon à ne pas blesser le cordon. Il la fixait haut à ce qui restait du Petit Oblique et du Transverse en dehors du pilier externe de l'anneau. Il réunissait ensuite les piliers par quatre ou cinq points à la soie, reconstituait la gaine du Grand Droit, et suturait la peau (Communication au VII^e Congrès Français de Chirurgie). Cette manière de faire lui donna de bons résultats. Il la modifia parfois en empruntant au

Moyen Adducteur de la cuisse son lambeau musculaire.

M. Pouillet de Lyon fut aussi un ardent défenseur de la méthode d'autoplastie, au sujet de laquelle il fit de nombreuses communications. Il commença par s'assurer dans des expériences faites sur des chiens qu'un tendon pouvait être inséré à travers des muscles, ou transporté dans différents organes sans cesser de vivre, et qu'il était possible d'en obtenir ainsi la greffe définitive.

Son lambeau fut d'abord emprunté au Moyen Adducteur. « Après dissection du sac, dit-il, et réduction des viscères herniés, je fais la dissection et la toilette des deux piliers et du bord de l'orifice externe du canal inguinal. Je mets complètement à nu la bandelette aponevrotique naquée qui sert de tendon d'insertion au Premier Adducteur superficiel. Le bistouri est glissé à plat sous cette bande fibreuse que l'on sectionne à trois ou quatre centimètres de son insertion au pubis. Ce tendon devient l'extrémité libre d'un lambeau qu'on finit de séparer avec la rugine tranchante en laissant à sa face profonde toute la masse de tissu fibreux qui recouvre le pubis. Cet os est dénudé dans une étendue verticale de deux centimètres, et transversalement depuis la ligne de la symphyse pubienne jusques et y compris l'épine du pubis qui est aussi déshabillée. On ménage avec soin la large insertion de ce lambeau au bord libre du pubis, puis on le relève contre l'orifice externe du canal inguinal en le faisant passer sous le cordon. Les bords du lambeau sont suturés aux piliers par du catgut. Son extrémité libre est divisée en deux ou trois chefs qu'on passe de dedans en dehors à travers le bord de

l'orifice, comme on le ferait pour de petites courroies, qu'on vient rabattre en avant. Quelques points de catgut fixent le tout en place, puis on fait la suture.

Après avoir employé quelque temps cette méthode, il fut « amené à choisir de préférence le tendon de la longue portion du Triceps Crural, s'insérant à l'épine iliaque antérieure et inférieure, ce tendon pouvant fournir une lanière fibreuse de douze à quinze centimètres de longueur... L'extrémité du lambeau, après avoir été passée plusieurs fois autour du pilier interne de l'orifice externe et du pilier externe, était simplement fixée dans le muscle Pyramidal par deux points de suture métallique provisoires conduits à la peau. Le malade ne conservait ainsi aucun corps étranger, l'obturation était faite par du tissu fibreux de l'organisme qui se greffait et continuait à vivre dans son nouvel arrangement ».

Le gros inconvénient de ces méthodes était qu'elles compliquaient beaucoup l'opération. De plus, il arrivait parfois que le lambeau déplacé se sphacélait, ainsi que l'observa M. Guinard qui les essaya.

M. Pouillet cessa d'ailleurs, croyons-nous, d'opérer ainsi car il décrivait en 1902 un nouveau procédé qu'il devait employer depuis déjà quelque temps ; il s'appuyait en effet de l'expérience d'une centaine de cas. Ce nouveau procédé consistait à passer un fil métallique traversant cinq ou six fois le collet du sac et ensuite trois ou quatre fois chaque lèvre du trajet. Ce fil, fixait selon lui, le collet du sac à la face profonde du trajet abdominal au-dessus du trajet, puis fermait celui-ci

en constituant « une sorte de bandage sous-cutané et définitif, très bien toléré ».

De ces différentes méthodes d'autoplastie nous remarquerons surtout celle de M. Schwartz consistant à fermer le conduit au moyen de tissu musculaire, et le résultat de cette pratique qui « produisait dans la région inguinale une plaque résistante faisant bien augurer des suites thérapeutiques ».

Pendant que ces chirurgiens cherchaient à rétablir la solidité de la région à l'aide d'éléments étrangers, d'autres, en grand nombre également, s'efforçaient d'y arriver en utilisant seulement ses éléments constitutants.

Une idée qui devait naturellement paraître dans les premières est celle du resserrement des anneaux : les uns s'adressèrent à l'anneau profond, d'autres à l'anneau superficiel.

M. Bonnet de Lyon essayait déjà de provoquer ce resserrement. Il pinçait aussi loin qu'il le pouvait les enveloppes de la hernie, d'avant en arrière. Il les traversait alors d'une épingle ordinaire dont il fixait les extrémités à l'aide de petites plaques de liège ou de carton.

M. John Wood, avant d'arriver à son procédé définitif, avait aussi tenté le rapprochement des parois à l'aide d'une épingle implantée de chaque côté du trajet et dont les extrémités étaient rapprochées par des fils.

Son procédé définitif avait aussi, comme nous l'avons vu pour effet, outre l'occlusion du sac, le resserrement de l'anneau interne.

Spanton, avec son stréphotome se proposait aussi

le rapprochement des piliers. Il embrochait avec son instrument en forme de tire-bouchon, un certain nombre de fois les piliers et le sac. Il le laissait quelques jours en place et l'enlevait quand les adhérences qu'il devait produire lui paraissaient suffisantes.

M. Fitz Gérald de Melbourne, par une sorte de « Suture du Pelletier », enlaçait avec un fil d'or sur toute leur hauteur les parois opposées du canal inguinal.

Chisholm cherchait encore le rapprochement des piliers par une suture sous-cutanée.

La méthode des injections sclérogènes défendue surtout en France par M. Lannelongue vise encore à ce rapprochement par la formation entre les piliers d'un tissu de cicatrice fibreux.

Quand on en vint à travailler toujours au grand jour ce rapprochement devenait par là-même plus facile à obtenir.

L'on vit alors Reverdin faisant des incisions longitudinales le long des piliers pour faciliter leur rapprochement.

L'« operation laminated » de Kelly de New-York n'était en somme qu'un procédé du même genre.

M. Landerer fait passer, et fixe le pilier inférieur en dedans de l'orifice inguinal externe.

Mitchell Banks de Liverpool place deux ou trois points de suture d'argent sur les piliers.

La technique de M. Félizet est analogue.

M. Léonté de Bukarest détermine un recroquevillement de la séreuse interne du sac, puis il fait au catgut

une suture au long de toute la surface du sac dépourvue de séreuse à ce niveau. Il râcle la face interne du sac avec une curette de Wolkman, complète l'irritation avec une solution phéniquée forte ou une solution de chlorure de zinc.

Finalement il ajuste au fil d'argent ou de soie les parois du sac et celles des téguments qu'il comprend dans la même suture.

M. Czerny fait aussi la suture à points séparés des piliers.

M. Richelot rapproche les parois du canal, mais il a soin auparavant de ne jamais inciser l'aponévrose du grand oblique.

M. Lucas-Championnière réunissait aussi par des points de suture les étreignant en masse toutes les parties cruentées mises à nu par la dissection du sac.

Cette manière de faire semblait devoir renforcer efficacement la paroi abdominale. Cependant, en 1886, M. Anderegg fit paraître des statistiques très documentées relatives à la cure radicale des hernies. Ces statistiques établissaient pour les hernies inguinales 41 0 0 de récidives survenues après suture des piliers contre 40 0 0 seulement, dans les cas où cette suture n'avait pas été faite.

Mais un grand nombre de chirurgiens entreprirent de s'attaquer non pas seulement aux piliers, mais à tout le trajet herniaire. C'est là l'idée que traduit M. Broca lorsqu'il écrit :

« A quoi tient la résistance de la paroi abdominale ? Aux aponévroses, aux anneaux, aux piliers, répond on

souvent. Et l'on insiste avec complaisance sur les malformations, les distensions de ces parties et en médecine opératoire, on s'ingénie à trouver des procédés qui leur refassent une virginité. Fort bien, mais pour moi ce n'est pas raisonnable, les aponévroses sont ici comme partout des annexes passives du tissu musculaire seul actif ».

M. John Wood donna l'impulsion en Angleterre et à sa suite les chirurgiens anglais continuèrent à chercher une réunion solide de tout le trajet herniaire. Notons en passant parmi eux M. Macewen.

Puis parut la méthode de Bassini qui était appelée à un grand retentissement.

M. Bassini, après avoir fendu l'aponévrose du Grand Oblique, sépare le sac du cordon jusqu'en haut. Puis il lie le sac et laisse le moignon se réduire dans l'abdomen. Le cordon est alors soulevé et maintenu en dehors du champ opératoire. Il a donc sous les yeux la paroi postérieure du canal. Alors les muscles Petit Oblique et Transverse, ainsi que le *fascia transversalis* unis en une seule couche sont séparés par lui, en avant de l'aponévrose du Grand Oblique, en arrière du péritoine. Cette masse musculo-aponévrotique ainsi dégagée est abaissée pour être suturée à l'arcade de Fallope. Cette suture une fois faite, il remet le cordon en place et suture en avant de lui les deux lèvres de l'incision faite à l'aponévrose du Grand Oblique, ne laissant que l'espace juste nécessaire pour la sortie du cordon. Finalement, il fait la suture des téguments.

Les résultats obtenus suivant cette méthode s'impo-

sèrent. La récédive était devenue avec elle presque l'exception. Son excellence se fit surtout sentir pour les hernies de gros volume, et pour celles des sujets à paroi naturellement faible.

Les chirurgiens de tous pays s'en emparèrent avec rapidité et quelque temps après tous apportaient leur tribut de statistiques des plus favorables.

Elle a depuis lors subi des modifications et de nombreux perfectionnements, mais elle reste cependant le type du plus grand nombre des procédés modernes.

Nous venons de dire qu'on lui fit subir des modifications ; c'est que, en effet, elle avait encore certains inconvénients. C'est ainsi, par exemple, et surtout, qu'elle laissait subsister dans toute sa longueur le trajet inguinal et respectait trop ses deux orifices.

On chercha donc bientôt à obtenir la suppression du trajet intra-pariétal du cordon.

M. Postempski, par exemple, commence l'opération comme Bassini, il récline comme lui le cordon en dehors du champ opératoire. Puis il suture à l'arcade de Fallope tous les plans musculo-aponévrotiques de la lèvre supérieure, y compris l'aponévrose du Grand Oblique. Le cordon sort donc en haut et passe, au devant de cette aponévrose, entre elle et les téguments.

M. Muguai commence lui aussi l'opération par l'incision de toute l'épaisseur de la paroi, mais ensuite, au lieu d'attirer le cordon en dehors il le refoule au contraire en arrière au milieu du tissu cellulaire pro-péritonéal entre le *fascia transversalis* et le péritoine pariétal. Il suture alors à la lèvre postérieure de l'ar-

cade de Fallope toute la couche musculaire, réservant l'aponévrose du Grand Oblique pour la suturer à la lèvre antérieure de l'arcade. Le cordon sort finalement par un petit orifice juste suffisant qu'il lui ménage dans la partie inférieure de son incision.

M. Aguilar de Buenos-Ayres emploie un procédé analogue.

M. Ferrari fait le procédé de Bassini, mais il resserre la partie externe de l'orifice profond, refoulant pour cela le cordon un peu en dedans.

M. Parona comprend dans le même but le cordon dans la suture destinée à clore l'orifice profond.

M. Pollosson de Lyon poursuivant le même but suture le pilier interne à la partie externe de l'orifice profond.

M. Bottini de Pavie se préoccupe aussi beaucoup de bien obturer l'orifice interne avant de passer à la suture des parties musculo-aponévrotiques.

M. Cacciopoli de Naples a modifié le procédé de Bassini de façon à transporter le cordon en un point éloigné de la région inguinale. Ceci lui permet de suturer « hermétiquement » la région. Refoulant s'il le peut en dedans l'angle inférieur de son incision cutanée, ou s'il ne peut le mobiliser suffisamment, s'aidant d'une petite incision médiane il va découvrir l'interstice qui sépare, immédiatement au-dessus du pubis les muscles Droits de l'abdomen, puis il pratique sur la ligne blanche une incision verticale juste suffisante pour donner passage au testicule. Passant alors le doigt par cet orifice il chemine entre le péritoine et la paroi jusqu'au canal inguinal ouvert ; il saisit alors le testicule et

l'ayant fait passer sous la paroi il l'amène à sortir par l'incision médiane qu'il a préparée. Il le fait alors glisser sous la peau jusque dans le scrotum, puis il suture l'incision de la ligne blanche, ne laissant au cordon que juste la place nécessaire. Finalement, il procède à la suture méthodique et complète du canal inguinal.

M. Lucas-Championnière, qui a été le défenseur le plus actif de la cure radicale à notre époque, reconnaît les grands avantages de la méthode de Bassini, mais il lui reproche surtout de n'avoir pour résister à l'effort abdominal que deux cicatrices en ligne, superposées l'une devant l'autre. Trouvant pour sa part cette défense insuffisante il suture bien les parois musculo-aponévrotiques mais s'efforce surtout, pour soutenir la région de renforcer la paroi inguinale antérieure. Il ne supprime pas le trajet intrapariétal du cordon. Son but est de provoquer en avant de lui une réunion en surface au lieu d'une réunion linéaire, et pour obtenir ce résultat il insinue la lèvre supérieure de l'aponévrose du Grand Oblique sous l'aponévrose de la lèvre inférieure de l'incision, puis il les fixe l'une sur l'autre par des points en U. Cette méthode lui donne d'excellents résultats qui se maintiennent depuis très longtemps.

Parmi les modifications du procédé de Bassini que nous venons de passer en revue, nous remarquerons que celles de MM. Muguai et Aguilar ont l'avantage de protéger complètement le cordon puisque celui-ci ne sort du ventre que tout à fait au niveau du pubis.

M. Villar de Bordeaux a également suivi cette pra-

tique dans plusieurs cas et semble en avoir été satisfait.

M. Bégouin de Bordeaux émit lui aussi cette idée au XV^e Congrès Français de Chirurgie. Il trouve que : « Le Bassini doit être modifié de telle façon que l'on supprime le trajet intrapariétal du cordon, qui affaiblit la paroi, et que l'on ferme l'orifice profond par lequel se fait ordinairement la récédive. »

De même encore la plupart des chirurgiens ont aujourd'hui leurs méthodes propres, qui presque toutes sont des modifications de détail de celle de Bassini, qui reste le principe ; méthode qui, avec celle de M. Lucas-Championnière, se partage la faveur.

Nous ne pouvons entreprendre ici de les étudier toutes, nous nous contenterons d'observer que toutes sont notoirement efficaces, procurant la cure radicale dans la très grande majorité des cas, on peut presque dire dans tous, et cela chez des malades que l'on a pu suivre pendant des années, et que l'on suit même encore.

La méthode de M. Dayot que nous nous proposons de décrire est, elle aussi, une modification de celle de Bassini, dans laquelle le cordon est placé en arrière de la paroi abdominale et les sutures disposées de façon à produire à la place du trajet inguinal un épais bourrelet musculaire, ce qui contribue à augmenter considérablement la résistance de la région.

Un point nous reste encore à étudier qui n'est pas sans importance, c'est la nature des matériaux qu'il convient d'employer pour les sutures.

Différentes substances ont été proposées pour la ligature de l'épiploon. Les fils le plus généralement admis aujourd'hui sont ceux de soie et de catgut. Le catgut ayant l'avantage de se résorber permettrait d'éviter l'épiloïte consécutive à la ligature.

A part les procédés qui obtiennent, comme celui de MM. Duplay et Cazin, l'occlusion du sac herniaire par un nœud fait avec lui-même, cette occlusion s'obtient d'ordinaire aussi par le catgut ou la soie.

De nombreuses discussions ont été suscitées par la question des fils destinés à suturer la paroi. Toutes les substances employées ont été incriminées. C'est précisément là ce qui provoqua les procédés sans fils perdus.

MM. Duplay et Cazin publièrent en 1897 leur procédé consistant à fendre le sac en deux moitiés longitudinales, ce qui donnait deux lanières fibreuses. Ces deux lanières étaient nouées en haut, ce qui fermait déjà le péritoine sans fil étranger ; puis ils s'en servaient pour la réfection de la paroi postérieure à la manière de Bassini.

Vers la même époque, M. J.-L. Faure produisait de la même façon des lanières fibreuses qu'il utilisait pour rapprocher les piliers.

Dans le même ordre d'idées, M. Jonnesco, M. Pouillet de Lyon, M. Desfontaines du Creuzot, M. Villar de Bordeaux, MM. Gigli et Baroni de Florence imaginèrent de placer des fils temporaires.

D'autres employèrent des fils résorbables, c'est ainsi que M. Lucas Championnière réalise son procédé à

l'aide de catgut, d'autres ont employé les fils de tendon de kangaroo, les prétendant de résorption plus lente.

Les procédés employant le sac disposé en lanières ont un grave défaut; il est nécessaire pour cela que celui-ci soit très long. Leurs auteurs eux-mêmes durent convenir que dans le cas contraire ils étaient obligés d'en revenir au Bassini.

Quant aux procédés à fils temporaires, pour une raison ou pour une autre ils n'ont pas pris une grande extension, si bien qu'aujourd'hui la plupart des chirurgiens laissent des fils perdus, lesquels sont le plus souvent des fils d'argent ou des fils de soie.

M. Dayot employa pendant quelque temps des fils de soie. Mais il eut l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas d'élimination tardive de soies, survenant parfois plusieurs mois après l'opération. Cette élimination ne pouvant être imputée à une faute d'asepsie, il chercha à les remplacer, c'est ainsi qu'il employa ensuite de gros fils de catgut. Dans ces derniers temps, pour être assuré de maintenir l'affrontement qu'il obtenait, il voulut de nouveau pouvoir laisser des fils à demeure. C'est ainsi que depuis déjà plus d'un an il emploie dans ce but des crins de Florence. Pour avoir des fils d'une longueur suffisante il se voit obligé de les nouer deux à deux, bout à bout, et pour plus de solidité il met chaque fil double.

Nous devons dire que lors de la revision de ses opérés nous nous sommes préoccupé de savoir si cette manière de faire avait des inconvénients : nous n'en

avons constaté aucun. Nous n'avons pas trouvé trace de suppuration provoquée ou entretenue par ces fils et n'en avons pas observé d'élimination tardive.

Nous avons d'ailleurs retrouvé une étude faite en 1885 par M. Guermont de Lille, sur la valeur thérapeutique du crin de Florence. Il en ressort que cette valeur est grande et qu'il est facilement supporté par les tissus. M. Guermont est d'avis que l'on peut compter sur lui autant que sur la soie et qu'il est toléré bien mieux que cette dernière.

Nous connaissons maintenant la raison de chacun des temps de l'opération telle que la réalise M. Dayot, passons à une description d'ensemble de sa technique.

CHAPITRE IV

MANUEL OPÉRATOIRE.

1^{er} TEMPS. — Incision des téguments.

Cette incision comprend toute l'épaisseur des téguments jusqu'à l'aponévrose du Grand Oblique qui sert de repère ; elle se fait suivant une ligne parallèle à l'arcade de Fallope et située à deux travers de doigt au-dessus et en dedans d'elle.

Elle s'étend en longueur depuis un ou deux centimètres au-dessus du bord supérieur supposé de l'orifice interne du canal inguinal, jusqu'à la racine du scrotum.

Cela fait, l'aponévrose du Grand Oblique est mise à nu sur toute la longueur de l'incision et sur une largeur de deux ou trois centimètres de part et d'autre de cette dernière.

2° TEMPS. — Incision de la paroi antérieure du canal inguinal.

Cette incision se fait carrément sur toute la longueur de cette paroi, ce qui met à découvert les éléments du cordon, réunis ou dissociés et accompagnant le sac.

3° TEMPS. — Libération du sac.

Séparant peu à peu ces éléments à l'aide des doigts, on y reconnaît bientôt le sac à ses divers caractères de couleur, d'aspect, de toucher, etc.

Le chirurgien en poursuit dès lors la libération en se servant toujours, surtout de ses doigts, et fait porter cette libération sur toute sa circonférence.

Chemin faisant les éléments du cordon sont, au fur et à mesure de leur isolement, ramenés en arrière du sac où on les rassemble.

La libération du sac peut porter sur toute sa longueur, mais elle est interrompue au bout de quelques centimètres si elle paraît devoir être trop longue ou trop minutieuse.

4° TEMPS. — Traitement du contenu de la hernie.

Une fois libéré, le sac est ouvert d'un coup de ciseaux longitudinal, ce qui permet d'en reconnaître le contenu. Celui-ci est aussitôt traité comme il a été dit

précédemment : si c'est de l'épiploon, il en est reséqué tout ce qui peut en être attiré au dehors ; si c'est de l'intestin ou un autre organe abdominal, il est réduit à moins de contre-indication d'ordre général.

5° TEMPS. — **Ligature du sac.**

Celui-ci va être lié le plus haut possible et fixé haut, également, derrière la paroi abdominale par un procédé qui combine en les modifiant ceux de Ball et de Barker.

Après traitement convenable de son contenu il est sectionné transversalement, en même temps que son segment interne est saisi par quatre ou cinq pinces à forcepression, qui permettront de le maintenir.

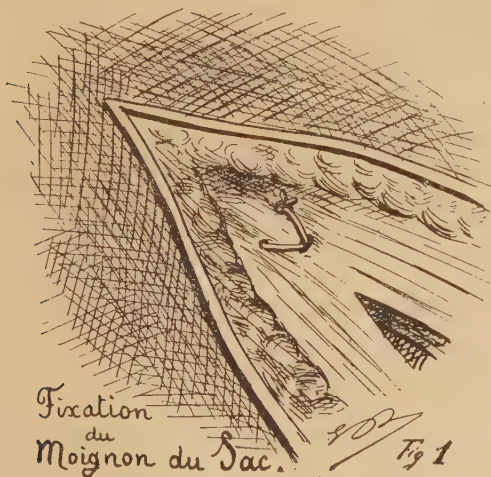
La section faite, ces pinces sont réunies en un faisceau à l'aide duquel il est tordu trois, quatre ou cinq fois, suivant les cas, sur lui même en ayant soin de ne pas aller jusqu'à en amener de déchirure. Cette manœuvre permet d'aller poser la ligature un peu plus haut que le collet et assure en même temps la parfaite réduction du contenu de la hernie.

Cette ligature est donc faite à la partie supéro-interne de la torsade à l'aide d'un long fil de gros catgut (N° 6).

6° TEMPS. — **Fixation du sac.**

Les deux chefs du précédent catgut ne sont pas coupés, mais conservés car ils vont servir encore à la fixation du moignon du sac.

Pour cela se munissant d'une aiguille mousse de Reverdin (Remarquons en passant que ce sera toujours cette aiguille mousse qui sera utilisée, chaque fois que pour poser un fil il faudra passer sous la paroi abdominale. Tout risque de blessure de l'artère épigastrique sera ainsi écarté) ; se munissant donc d'une aiguille mousse de Reverdin le chirurgien lui fait traverser d'avant en arrière la paroi abdominale tout en haut de l'incision, puis la faisant cheminer guidée sur l'index, introduit pour cela sous la paroi, entre celle-ci et le péritoine pariétal il l'amène à sortir dans l'incision. Il la charge alors des deux chefs du catgut attendant au sac et la retirant en sens inverse fait sortir ces derniers à travers la paroi.



N'en conservant ensuite qu'un seul, elle sert à le passer un peu plus haut, en séton, perpendiculaire-

ment aux fibres de l'aponévrose du Grand Oblique, après quoi il est lié avec le second qui avait été momentanément abandonné.

Le moignon du sac se trouve par ce procédé attiré loin de l'orifice inguinal profond, et de plus solidement fixé dans cette nouvelle position (Fig. 1).

FERMETURE DE LA PAROI ABDOMINALE.

La paroi abdominale présente maintenant une large brèche, uniquement fermée par le péritoine pariétal dans la profondeur, et traversée par les éléments, plus ou moins dissociés du cordon.

Il reste à accomplir cette partie importante de l'opération qui a pour but de refermer cette brèche et de provoquer la formation de la cicatrice la plus résistante possible.

La guérison par première intention sera donc recherchée, car la solidité plus grande du tissu de granulation n'est aujourd'hui plus admise par personne. L'opération se faisant aseptiquement, il ne sera pas non plus question de drainage, et d'ailleurs la présence d'un drain pendant quelques jours aurait pour conséquence un affaiblissement de la cicatrice.

Pour pouvoir supprimer le trajet suivi par le cordon dans l'épaisseur de la paroi, celui-ci va être constamment rejeté en arrière d'elle, pour ne la traverser que tout en bas et directement d'arrière en avant. Il sera par là même possible de refermer complètement la

paroi, et même de la renforcer sur presque toute la longueur sans se préoccuper de lui.

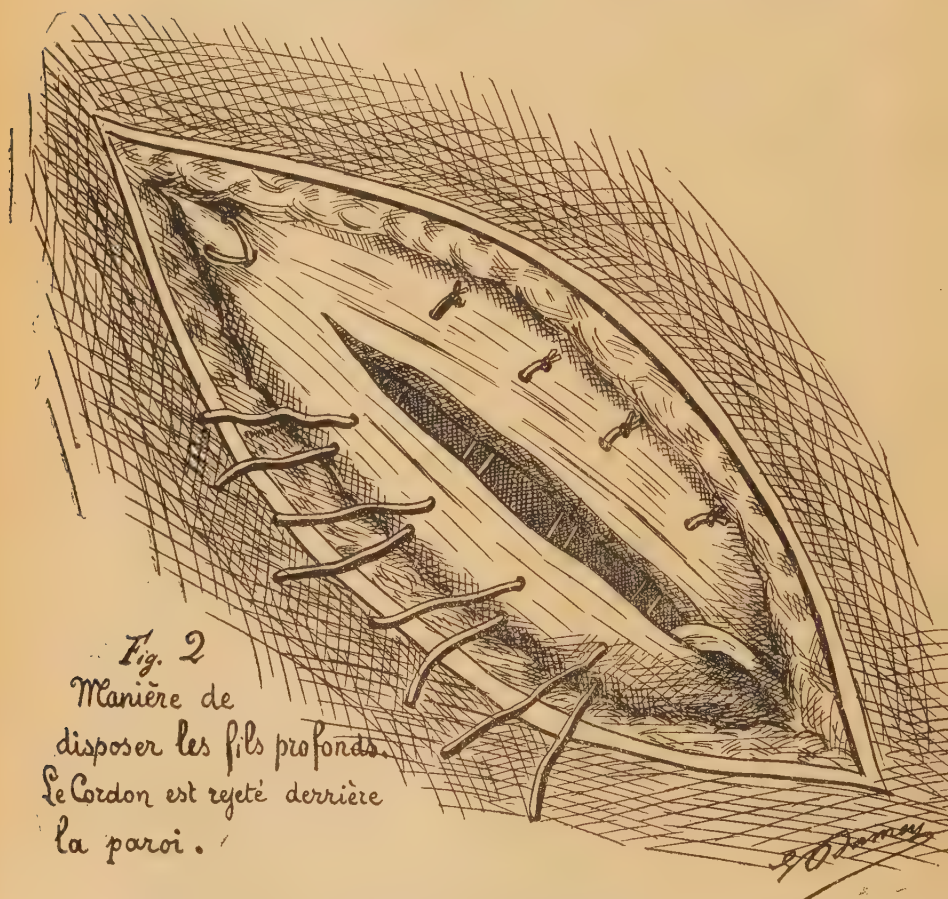
Comme nous le disions plus haut, M. Dayot après avoir employé pour ces sutures du gros catgut a dernièrement adopté le crin de Florence, dans le but d'augmenter encore la solidité de la cicatrice. Il se contente pourtant parfois, même maintenant, de catgut pour la partie supéro-externe de l'incision, n'employant les crins que pour sa partie inférieure.

7^e TEMPS. — Mode de placement des fils profonds.

L'aiguille mousse qui nous a déjà servi, est passée sous la lèvre supérieure de la plaie, cheminant pour cela entre le péritoine et le *fascia transversalis*. Après un trajet aussi long que possible elle est relevée d'arrière en avant traversant les couches musculaires et l'aponévrose du Grand Oblique, à travers laquelle elle sort donc à deux ou trois centimètres environ du bord de l'incision. Elle saisit alors un des chefs du fil profond que l'on entraîne en la retirant, et qui est ensuite momentanément abandonné.

Repasée de la même façon, mais sortant cette fois à quelques millimètres en deçà du point précédent, elle saisit l'autre chef du fil et l'entraîne de la même façon. Ainsi se trouve passée de dehors en dedans une anse de fil, dont la direction est perpendiculaire à celle des fibres aponévrotiques. Trois ou quatre anses semblables sont posées suivant la longueur de l'incision.

Revenant alors à la première anse il faut lui faire traverser de façon analogue sa lèvre inférieure, lèvre qui comme nous le savons contient une notable proportion de tissu musculaire ; en reprenant donc le fil le plus externe on le fait passer sous la lèvre inférieure

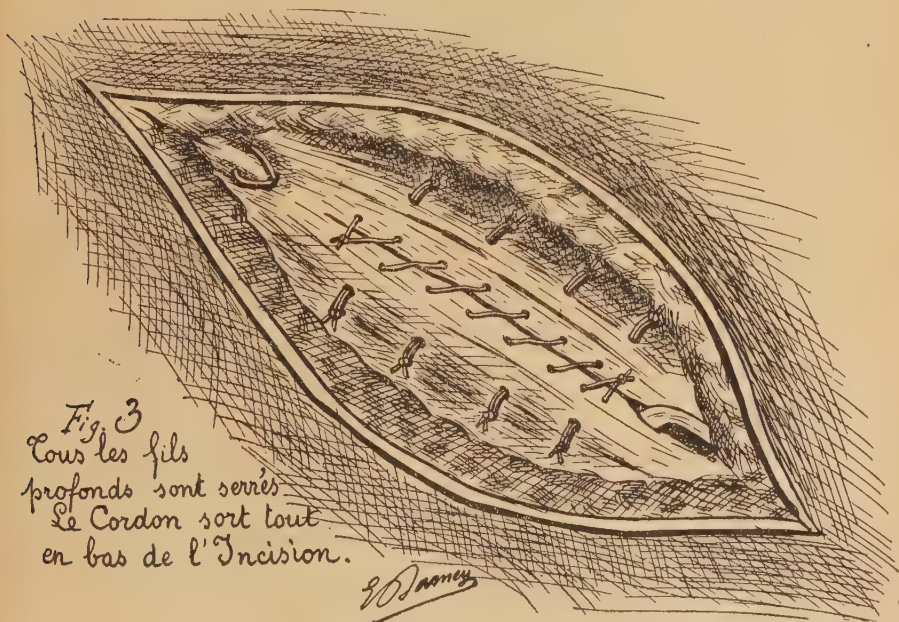


comme sous la supérieure, pour ressortir en un point symétrique au premier. Même manœuvre pour le second fil de l'anse qui, lui, vient sortir à quelques millimètres en deçà.

On agit successivement de même pour toutes les anses qui se trouvent dès lors disposées comme l'indique la figure 2. On a eu soin de laisser toujours le cordon en arrière d'elles.

8^e TEMPS. — Suture de l'aponévrose du grand oblique.

Les fils profonds étant posés on passe à la suture de l'aponévrose. Celle-ci se fait à l'aide d'un gros catgut par un surjet soigneusement fait et arrêté de temps à autre. On a soin de laisser tout en bas une petite boutonnière juste suffisante pour le passage du cordon spermatique.



9^e TEMPS. — Serrage des anses profondes.

L'aponévrose étant ainsi bien réunie d'un bout à l'autre on revient aux anses profondes pour les serrer l'une après l'autre, fortement, ce que permet leur position à cheval sur les fibres aponévrotiques. Les faisceaux musculaires qu'elles comprennent sont par cette manœuvre rapprochés et comprimés sous l'aponévrose, laquelle ayant été réunie par avance les maintient en avant, et la conséquence de tout cela est la constitution d'un épais bourrelet musculaire là où se trouvait autrefois le canal inguinal. (Fig. 3 et 4).

La partie importante de l'opération est alors terminée.

10^e TEMPS. — Réunion des téguments.

Ceux-ci sont rapprochés à l'aide de crins de Florence ou d'agrafes de Michel ; mais entre temps deux crins intermédiaires sont placés qui ont pour but de fixer les téguments au plan aponévrotique, et de s'opposer par là même à la formation d'un hématome sous-cutané.

Ces crins, qui marquent approximativement les tiers de la plaie, traversent la peau, et le tissu cellulaire sous-cutané, puis l'aponévrose et le bourrelet musculaire, pour ressortir du côté opposé par un trajet identique, après quoi ils sont noués.

Ils ne restent serrés que quatre ou cinq jours, au bout desquels ils sont sectionnés, mais laissés encore en place. Ils ne seront levés qu'en même temps que la suture superficielle.

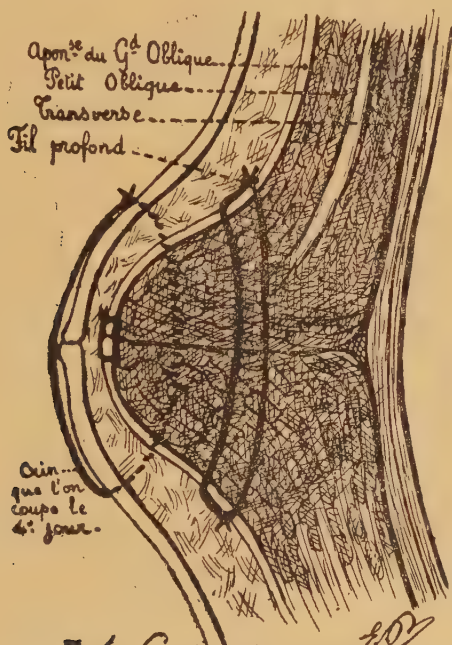


Fig 4. Constitution du Bourrelet Musculaire. *ED*

La plaie est protégée après l'opération, par un pansement modérément compressif.

CHAPITRE V

ÉTUDE DES RÉSULTATS FOURNIS PAR LA MÉTHODE.

Nous nous sommes efforcé pour appuyer ce travail, de rechercher les résultats donnés par l'opération ainsi réglée. Nous aurions désiré pouvoir retrouver la liste complète des opérés, mais cela nous fut impossible, la clientèle d'hôpital étant très difficile à suivre. Nous avons donc dû nous contenter d'une quarantaine de cas dont les plus anciens remontent à l'année 1899. Nous avons ainsi pu suivre des malades chez lesquels l'intervention date de trois, même quatre années entières.

Il sera par conséquent, croyons-nous, intéressant d'exposer leur situation actuelle.

P..., François, mineur, 47 ans, séjourna dans le service du 1^{er} au 29 septembre 1899. Nous n'avons pu revoir cet homme qui mourut en 1902 de tuberculose pulmonaire. Cependant nous avons appris par sa veuve que, bien qu'il toussât beaucoup et qu'il eut repris son métier de mineur pendant deux ans après son opération, il n'avait pas présenté de récidence. La paroi abdominale serait même restée très solide.

L..., Isidore, manoeuvre, 18 ans. Séjour du 9 octobre au 30 novembre 1899.

Ce jeune homme était porteur d'une hernie réductible, mais dont le volume augmentait rapidement.

Ayant essayé de porter un bandage et ne pouvant le tolérer, il se fit opérer. Il porta une ceinture pendant un an après l'opération, puis cessa de rien porter. Au bout d'un mois il reprenait le travail (manoeuvre). Il n'a pas trace de récurrence et accomplit même en ce moment son service militaire.

J... Auguste, forgeron, 30 ans. Opéré le 30 novembre 1899.

Cet homme avait deux hernies inguinales. La hernie gauche était du volume d'un œuf, la droite de celui du poing, toutes deux étaient réductibles. Ces hernies commençant à le gêner il se décida au port d'un bandage double. Mais deux mois après, la hernie gauche s'étrangle, il se fait mener à l'hôpital où il est opéré le lendemain. On lui fait du coup la cure radicale.

Après l'opération il ne porte plus qu'un bandage simple pour sa hernie droite, rien à gauche. Au bout de six semaines il reprend son métier de forgeron.

Depuis lors il n'a plus rien éprouvé du côté gauche où le résultat est parfait. Il contient toujours la hernie droite à l'aide de son bandage. Son seul regret vient de ce qu'il ne s'est pas fait opérer des deux côtés.

D... Eugène, 24 ans, cultivateur. Séjour du 9 février au 16 avril 1900.

Nous n'avons pu revoir cet homme, mais avons su qu'il aurait fait en 1901 un second séjour à l'hôpital, un fil ayant suppuré dans sa cicatrice.

Cependant on l'aurait vu depuis danser toute une nuit à l'occasion d'une noce bretonne ; à cette époque il ne portait plus ni ceinture, ni bandage.

F..., Alphonse, menuisier, 20 ans. A l'Hôpital du 7 mars au 13 avril 1900.

Ce jeune homme ayant contracté une hernie inguinale à l'occasion d'un effort, porta d'abord un bandage pendant six semaines puis se décida pour la cure radicale.

Après l'opération, il porta quelque temps une ceinture et reprit presque immédiatement son travail.

Il ne présente pas de récurrence et accomplit actuellement son service militaire en Algérie.

T..., François, manœuvre, 45 ans.

Cet homme qui fut dans le service du 23 mars au 13 juillet 1900 pour y subir la cure radicale d'une hernie inguinale mourut à l'hôpital en 1902.

Il ne présentait pas de récurrence.

L..., Jean-Marie, cultivateur, 18 ans. Opéré le 13 juillet 1900.

Contracta en fauchant une hernie inguinale droite qui s'étrangla dès sa production. Il fut transporté à l'Hôtel-Dieu et opéré dans la journée.

Il reprit son travail dès sa sortie, un mois après. Pendant trois mois il porta une ceinture. Il éprouva dans les premiers temps une certaine gêne qui disparut par la suite. Bien que se livrant depuis lors à des travaux pénibles il ne présente pas de récurrence. Sa paroi est très solide, dit-il, car il ne veut pas se laisser examiner.

O... Théodore, charretier, 33 ans. Séjour à l'hôpital du 13 juillet au 12 août 1900.

Cet homme, atteint d'aliénation mentale, se suicida en 1903. Il ne présentait pas de récurrence de sa hernie.

D... Joseph, cultivateur, 20 ans. Opéré le 26 juillet 1900.

Ce jeune homme portait une hernie inguinale gauche, petite et réductible, qui s'était manifestée après une chute de cheval.

Il ne porta jamais de bandage, mais se fit opérer bientôt. Trois semaines après l'opération il reprenait son travail de cultivateur, travail assez pénible, et pendant un an il porta une ceinture. Il est actuellement dans d'excellentes conditions. Sa paroi abdominale est solide et ne bombe pas sous l'action de la toux ou des efforts.

M... Jean-Marie, menuisier, 22 ans. Cure radicale le 6 août. 1900.

Cet homme contracta dans une chute de bicyclette une hernie inguinale gauche du volume d'un œuf de pigeon qui fut d'emblée irréductible.

En quittant l'hôpital il prit une ceinture qu'il porta pendant six mois. Au bout de deux mois il reprenait son métier qui l'oblige, dit-il, à faire parfois des efforts violents. Il serait sujet à tousser beaucoup tous les hivers ; malgré cela il ne présente pas de récurrence et sa paroi est excellente, elle ne se laisse aucunement déprimer. Il est extrêmement satisfait de son opération.

L... Julien, couvreur, 52 ans. Opéré en août 1900. Était porteur d'une volumineuse hernie inguinale réductible, contractée vingt ans auparavant dans un effort au cours d'un incendie.

Après avoir porté un bandage pendant vingt ans, sa hernie le gênant trop, il se fit opérer.

Trois mois après il reprenait son métier de couvreur, muni d'une ceinture qu'il porta quelques mois.

Il n'a jamais éprouvé la moindre gêne et sa paroi est aujourd'hui très solide.

H.... Hippolyte, plafonneur 51 ans, séjour dans le service du 27 septembre au 21 novembre 1900.

Cet homme avait depuis l'âge de trente ans une hernie inguinale gauche du volume du poing et qu'il avait contractée pendant un effort. Hernie réductible.

Cinq semaines après sa sortie de l'hôpital il reprend son travail, travail assez dur. Pendant trois mois il porte une ceinture. Puis sa cicatrice entière se prend à suppurer si bien qu'il rentre à l'hôpital avec sa paroi largement ouverte. On s'efforce d'abord de faire granuler la plaie, mais voyant qu'on n'arrivera pas à un bon résultat on avive les tissus et on suture. Il sort guéri un mois après. Au bout de sept semaines il recommence à travailler. Mais il s'est à peine écoulé un mois qu'un nouvel abcès se forme dans sa cicatrice. Troisième séjour à l'hôpital. Guérison lente; se fait en sept mois. Il reprend une fois de plus son travail, mais au bout d'un an il voit un jour sa hernie se reformer. Depuis lors il la maintient à l'aide d'une ceinture munie d'un tampon. La cicatrice se maintient aux deux extrémités, mais en son milieu on perçoit profondément un orifice large à y passer deux doigts, par lequel la hernie passe et vient s'étaler entre la peau et l'aponévrose.

Nous ferons remarquer que cet homme est un paresseux dont l'objectif était de se faire hospitaliser comme

incurable. Il a d'ailleurs réussi à rester à l'hôpital avec un emploi de complaisance. Lors de son second séjour dans le service, il aurait été surpris enlevant son pansement pour prolonger la durée de sa plaie.

Nous devons par ailleurs dire que sa santé est très précaire, ses tissus semblent très peu vivaces, les bords de sa plaie étaient toujours atônes, sans la moindre tendance à la guérison spontanée. Il a presque l'aspect cachectique, c'est de plus un vieil alcoolique.

B..., Henri, forgeron, 29 ans. Date de l'opération, 19 octobre 1900.

Cet homme avait depuis déjà longtemps une petite hernie inguinale gauche, spontanément réductible. Il n'avait jamais porté de bandage.

Il reprit au bout de six semaines son métier de forgeron. Pendant quatre mois il porta une ceinture. Il se dit aujourd'hui parfaitement guéri, et ne ressentirait aucune gêne, mais il ne consent pas à se laisser examiner.

P..., Eugène, cultivateur, 24 ans. Cure radicale 27 octobre 1900.

Avait contracté au régiment une hernie double. Ces hernies, du volume d'une orange, étaient parfaitement réductibles. Tant qu'il fut soldat il porta un bandage, mais ensuite, celui-ci le gênant, il l'abandonna. Puis ses hernies étant devenues irréductibles il demanda à être opéré.

Deux mois après il reprenait du travail comme ouvrier de forge. Il avait jusqu'alors porté une ceinture. Les hernies n'ont pas récidivé, il a actuellement une excellente paroi.

Le G..., Jules, employé de commerce, 22 ans, ayant contracté une hernie au régiment, se fit opérer le 6 décembre 1900, ayant jusqu'alors porté un bandage.

Deux mois après sa sortie de l'hôpital il pouvait se faire admettre aux chemins de fer. Ne s'est pas ressenti de sa hernie et n'a pas de récurrence. A porté une ceinture pendant quelques mois.

R..., Alexandre, manoeuvre, 13 ans. Opéré le 18 décembre 1900.

Ce jeune homme présentait une hernie inguinale droite congénitale. Il porta d'abord un bandage, mais celui-ci le gênant, il cessa de le porter de dix à treize ans.

La hernie était petite, réductible.

Trois mois après son opération il travaillait dans une usine. Pendant deux mois il avait porté une ceinture. Il souffrit quelque temps de tiraillements dans la région inguinale, tiraillements qui ont aujourd'hui complètement disparu. Il tousse souvent l'hiver. Cependant le résultat de l'opération se maintient, sa paroi ne se laisse pas déprimer pendant les efforts de toux.

R..., Alexandre, garçon marchand de vins, 21 ans. Après une première opération subie le 8 mars 1901, un abcès se produisit dans la paroi, et celle-ci se trouva partiellement ouverte. Il dut donc se faire reprendre deux mois après.

Depuis lors, il ne se survint pas d'autre complication. Il fut même pris au Conseil de Revision et fit un an de service militaire. Il ne présente pas de récurrence.

J..., Joseph, camionneur, 25 ans. Opération le 7 avril 1901.

Avait contracté dans un effort une hernie gauche, du volume d'un œuf. Il se fit opérer très peu de temps après.

Reprit sa profession deux mois après, mais porta une ceinture pendant un an : N'a jamais souffert après son opération. Pas de récurrence. Peut faire des efforts violents.

B..., Pierre-Marie, charron, 22 ans Cure radicale le 27 avril 1901.

Hernie inguinale droite du volume d'un œuf, facilement réductible, contractée pendant un effort cinq ans auparavant. N'avait jamais porté de bandage.

Quitta l'hôpital au bout de trois semaines muni d'une ceinture qu'il porta cinq mois. Un mois après sa sortie reprenait son métier de charron. N'a depuis lors jamais éprouvé aucune gêne. Pas de récurrence. La paroi est solide et résiste très bien à la toux et aux efforts.

R..., Adolphe, menuisier, 21 ans. Opéré le 28 mai 1901.

Portait une hernie droite congénitale facilement réductible, du volume d'un œuf. N'avait jamais eu de bandage.

Un mois et demi après l'opération, reprenait son métier de menuisier. Porta une ceinture pendant deux mois. N'a jamais éprouvé de gêne depuis son opération. Ne présente pas de récurrence. La paroi est très bonne, très résistante.

M..., Louis, cultivateur, 27 ans. Fut dans le service du 29 mai au 17 juillet 1901.

Avait déjà été opéré au Val-de-Grâce, deux mois auparavant pour une hernie inguinale droite qui récidiva.

Après sa sortie de l'Hôtel-Dieu prit une ceinture et continue depuis à en faire usage, bien qu'on lui ait dit la chose inutile. Ne présente pas cette fois de récurrence. Santé générale mauvaise.

M..., Pierre-Marie, cultivateur, 30 ans, opéré le 2 juillet 1901.

Cet homme avait une hernie gauche congénitale assez difficilement réductible. Il n'avait porté un bandage que de façon intermittente car cela le gênait beaucoup.

Après l'opération il a porté assez longtemps une ceinture. Reprit son travail au bout de deux mois progressivement. Fait actuellement de forts travaux et ne présente pas de récurrence. La paroi est très forte.

B..., François, sabotier, 58 ans, opération le 13 juillet 1901.

Acquit vers 30 ans une double hernie inguinale. Ces hernies étaient réductibles. Ne se décida qu'au bout d'un an à prendre un bandage, mais ce bandage mal ajusté les contenait mal de sorte qu'elles augmentèrent de volume. La hernie gauche étant devenue subitement très douloureuse il vint à l'Hôtel-Dieu le 10 juillet. Il avait alors à gauche une hernie du volume d'un œuf d'autruche, la droite était de celui d'une orange. Il fut opéré du même coup des deux côtés.

A sa sortie de l'hôpital un mois après il prit une ceinture qu'il n'a pas cessé de porter. Puis il se remit à travailler. Travail plutôt dur. Il n'a depuis jamais souffert de ses hernies.

Dans les efforts sa paroi abdominale bombe actuellement un peu, sans qu'il y ait de récurrence pourtant.

C'est une paroi très faible. Nous ferons remarquer de plus que cet homme est emphysémateux et tousse beaucoup, qu'en outre étant prostatique il fait souvent de grands efforts en urinant.

C..., Pierre-Marie, cultivateur, 60 ans. Cure radicale le 1^{er} octobre 1901.

Contracta une hernie inguinale droite après avoir reçu, dit-il,

un coup violent en labourant. Ne porta jamais de bandage si bien qu'il présentait quand il vint se faire opérer une hernie presque irréductible ayant atteint le volume d'une tête d'adulte.

Il quitta l'hôpital trois semaines après l'opération.

Pendant six mois il se ménagea. Depuis son opération il porte un bandage pendant le jour.

Pas de récurrence. La paroi est très solide.

P..., Jean-Baptiste, forgeron, 51 ans. Opéré le 25 novembre 1901.

Avait depuis dix ans une hernie droite du volume du poing, au début réductible mais qui cessa de l'être par la suite et devint douloureuse. Jusque-là il avait porté un bandage, pendant deux ans.

Après son opération il porta une ceinture pendant un an, mais au bout d'un mois il reprenait son métier de forgeron. Dans les premiers temps il éprouva quelques malaises aujourd'hui disparus.

Pas de récurrence. Bonne paroi, bien tendue.

T... Julien, domestique, 21 ans, opéré en avril 1901 d'une hernie gauche du volume d'un œuf, qu'il avait depuis dix-huit mois. Sa hernie étant réductible il avait d'abord porté un bandage.

Quitte l'hôpital au bout d'un mois avec une ceinture qu'il garde encore deux mois. Se remet à travailler presque aussitôt. A souffert assez fort pendant quelques jours de sa cicatrice. N'a pas de récurrence. A même été pris depuis au conseil de révision.

T... Jean-Louis, couvreur, 26 ans. Opéré le 14 février 1902.

Avait depuis trois ans une hernie droite du volume d'un œuf, qu'il avait d'abord contenue par un bandage, mais elle devint irréductible et douloureuse, il se décida à se faire opérer.

Reprit son métier de couvreur un mois après. A porté une ceinture qu'il n'a abandonnée que depuis deux mois. Sa paroi abdominale est très solide, elle résiste bien à tous les efforts.

G..., Henri, domestique, 28 ans. Cure radicale le 10 mars 1902.

Cet homme avait sa hernie depuis quatre ans. Hernie inguinale gauche réductible du volume du poing. Il porta d'abord un bandage, mais elle devint irréductible et douloureuse, il ne put continuer à le porter.

Il se fit donc opérer, puis porta une ceinture pendant un an. Au bout d'un mois, il se plaçait comme garçon d'hôtel. Il n'a jamais souffert et ne présente pas de récurrence. Sa paroi est excellente.

B..., Joseph, cultivateur, 20 ans. Opéré le 10 mars 1902. Avait sa hernie depuis quatre ans. Essayait d'un bandage, mais ne le porta que quinze jours, et n'en étant pas satisfait se fit aussitôt opérer. Hernie droite réductible, du volume d'un œuf.

Après l'opération porta une ceinture jusqu'en mars dernier. Au bout de trois mois, reprenait son travail, lequel serait assez pénible. Pas de récurrence, paroi solide, ferme, bien tendue.

H..., Gaston. Pâtissier, 22 ans. Opéré le 15 mars 1902. Ce jeune homme ayant subi une cure radicale voulut faire de la bicyclette aussitôt après sa sortie de l'hôpital. Après une longue course, il fit une chute après laquelle il s'aperçut que sa her-

nie s'était reproduite. Nous n'avons pu le revoir, car il a quitté la région.

H..., Laurent, menuisier, 22 ans. Opéré le 11 juin 1902.

Cet homme vit peu à peu se former une petite hernie inguinale droite réductible. Il voulut porter un bandage, mais ne pouvant le supporter il se fit opérer.

Quitta l'hôpital vingt et un jours après portant une ceinture qu'il garda cinq mois. Au bout de deux mois il se remettait à la menuiserie.

Cet individu qui tousse beaucoup (nous le croyons tuberculeux) se voit souvent obligé d'interrompre son travail. La hernie n'a pourtant pas récidivé. La paroi abdominale reste bonne, bien tendue. Il n'y a jamais éprouvé aucune gêne.

R..., Pierre-Marie, cultivateur, 25 ans, opéré le 14 juin 1902.

Hernie droite du volume d'un œuf survenue à 15 ans à l'occasion d'un effort violent. Hernie réductible. N'a jamais porté de bandage.

Sortit vingt et un jours après l'opération, reprit son travail, lequel est parfois très dur, au bout de deux mois.

Ne peut se convaincre qu'il peut maintenant se passer de ceinture, et continue à la porter. N'a cependant jamais, depuis rien remarqué d'anormal. Sa paroi est excellente et ne présente pas la moindre tendance à la récurrence.

T..., Jean-Marie, manoeuvre, 13 ans, opéré le 21 juin 1902 d'une hernie inguinale droite congénitale qu'on avait remarquée à l'âge de trois ans.

Cette hernie était réductible, du volume d'un gros œuf. Il quitta l'hôpital au bout de trois semaines, muni d'une ceinture

qu'il continue à porter. Deux mois après son **retour**, il dut se mettre à un travail un peu fort pour son âge. Dans les **premiers** temps, il souffrit un peu dans les efforts.

On ne constate pas de récurrence. La paroi est solide et résiste bien à la toux.

T... Auguste, cultivateur, 19 ans. Opéré le 29 juillet 1902.

Avait depuis un an une hernie droite, petite et réductible. Porta jusqu'à l'opération un bandage qu'il ôtait la nuit.

Un mois après l'opération rentra chez lui, portant une ceinture qu'il n'a pas encore abandonnée. Se remit presque aussitôt au travail en évitant au début de forcer. Eprouva quelque temps un peu de gêne dans sa cicatrice. Ne présente actuellement pas de récurrence. La paroi résiste parfaitement à la poussée des viscères dans l'effort.

B... Jean, cultivateur, 23 ans. Opéré le 29 juillet 1902.

Cet individu, porteur d'une hernie depuis l'âge de 12 ans, ne prit un bandage qu'un mois avant son opération. Rentra chez lui six semaines après avoir été opéré. Se munit d'une ceinture et la porta quelques mois. Un mois après son retour, se plaçait comme infirmier. Eprouva d'abord quelques douleurs dans la région inguinale, mais elles cessèrent bientôt. Depuis lors, il travaille facilement et n'a pas de récurrence. Il est très heureux de s'être fait opérer.

B.... Charlotte 20 ans. Opérée le 30 janvier 1900.

Cette jeune fille avait depuis un an deux hernies inguinales réductibles du volume d'un œuf. Elle porta d'abord un bandage double pendant un mois et demi, mais dut l'abandonner. Ses hernies étaient douloureuses et tendaient à grossir.

Elle subit le même jour la cure radicale de ses deux hernies. La gauche guérit sans incidents, mais à droite un fil provoqua une suppuration qui se tarit peu à peu et la malade quitta l'hôpital après cinq mois.

Mais en 1901 la suppuration recommença au même point. Elle revint à l'hôpital en janvier 1902, et deux mois après sortait de nouveau guérie. Depuis lors pas de complication nouvelle. Elle n'éprouve aucune douleur et se livre facilement à ses occupations qui la tiennent debout du matin au soir. Elle a cependant par précaution gardé une ceinture. La paroi est maintenant solide à droite aussi bien qu'à gauche.

F.... Rose, 15 ans, infirmière. Opérée le 22 mai 1902.

Cette jeune fille s'aperçut il y a deux ans qu'elle avait une hernie inguinale gauche. Elle la négligea d'abord mais dut bientôt prendre un bandage. Celui-ci n'arrivant pas à contenir parfaitement sa hernie, et celle-ci devenant en outre douloureuse elle demanda à être opérée, deux mois après. Sa hernie avait alors le volume du poing, elle était encore réductible.

Au bout de deux mois elle reprenait son service, service souvent pénible, car il lui fallait cirer les parquets. En conséquence elle porta une ceinture pendant un an. Dans les premiers temps elle éprouva quelques douleurs qui bientôt ne furent plus qu'une gêne et finalement disparurent.

Elle ne porte aujourd'hui plus sa ceinture et reste sans récive. La paroi est très solide.

CHAPITRE VI.

CONCLUSION.

Comme on peut le remarquer, les derniers malades que nous avons visités sont opérés depuis juillet 1902. Nous nous sommes intentionnellement arrêté à cette date, car nos visites ont été faites du 12 au 17 septembre 1903. Nous ne tablons de cette façon que sur des résultats datant au moins de plus d'un an, et pouvons ainsi estimer que les guérisons constatées sont bien définitives.

Au sujet de tous ceux que nous n'avons pu retrouver nous savons au moins ceci : qu'aucun d'eux n'est revenu dans aucun service de l'Hôtel-Dieu de Rennes. Nous pouvons donc dire que si, parmi eux, il y en a eu, les récidives ne peuvent être que très peu nombreuses.

Parmi ceux que nous avons revus, nous avons constaté deux récidives. Mais nous avons déjà remarqué que l'une d'elles est due à l'imprudence du sujet, lequel aussitôt sorti de l'hôpital fit de la bicyclette et tomba.

Une telle récidence ne saurait être reprochée à l'opérateur.

La seconde est survenue chez un homme en état de déchéance physiologique. La plaie s'est ouverte chez lui, comme l'aurait fait une plaie siégeant en tout autre point de son individu. Nous sommes ici plutôt en présence d'un trouble trophique que d'une récidence. L'ouverture de la plaie s'est en effet produite de la surface vers la profondeur et l'on n'est ensuite arrivé qu'à grand-peine à en provoquer une réunion secondaire.

Tous les gens guéris donnent au contraire une impression excellente. Chez tous, vieux aussi bien que jeunes, la paroi se maintient solide, bien tendue et résiste bien à la poussée viscérale dans l'effort. Chez tous, même chez les plus anciennement opérés, se sent encore très nettement l'épaisse colonne musculaire produite par l'opération.

Chez tous la région est manifestement plus résistante du côté opéré que de l'autre.

Chez aucun nous n'avons observé de troubles relatifs au testicule.

Chez quelques individus récemment opérés nous avons recherché si les crins laissés à demeure étaient la cause de quelque gêne, et n'en avons jamais constaté d'inconvénients.

Nous avons noté que le plus grand nombre des opérés portent une ceinture pendant quelques mois après l'opération.

Ceci leur est recommandé par M. Dayot dans le but

de soutenir la cicatrice jusqu'à ce que les tissus y soient solidement organisés.

Cette ceinture est très simple. Elle se rapproche de celle du Dr Glénard. C'est une sangle en tissu élastique dont la hauteur varie suivant l'individu auquel elle est destinée. Elle est en moyenne de 14 centimètres. Elle est ajustable à l'aide de pattes placées en arrière. Des sous-cuisses contribuent à la maintenir en place.

Elle doit être faite sur mesures et s'applique directement sur la peau, à la hauteur de la cicatrice. Elle ne présente ni tampon ni coussin en face de celle-ci.

Nous concluons de cette étude que l'opération de la cure radicale de la hernie inguinale pour être réellement complète et ne rien laisser à désirer doit porter sur tous les éléments constituants de cette hernie.

Ces conditions sont absolument réalisées par les différents temps de l'opération réglée par M. Dayot. Elle ne présente ainsi composée aucune complication opératoire. Les résultats en sont bons, même dans des cas plutôt mauvais.

Nous estimons donc que les modifications apportées par M. Dayot aux procédés actuellement en usage en constituent autant de perfectionnements.

Vu : le président de thèse,
TILLAUX

Vu : le Doyen, /
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
Pour le Vice-Recteur
l'Inspecteur de l'Académie
LANIER



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Agier.** — De la cure radicale de la hernie inguinale par les méthodes opératoires sanglantes. *Thèse Lyon*, 1895.
- Amen (J.P.J.).** — De l'étiologie et de la cure radicale des hernies. *Thèse Paris* 1856.
- Anderegg (J.).** — Die Radikaloperation der Hernien ; Leipzig. 1886 et *Deutsche Zeitsch für chir.* XXIV.H.III et IV.
- Assaky.** — Die Radikolopération der freien Leistenbrüche mittels Naht des inneren Leistenrings. (*Münch med. Wochensch* 4 avril 1899).
- Babynet.** — La manière de guérir les descentes du boyau sans tailler ni faire incision. *La Haye*, 1630.
- Ball (C. B.).** — *Brit. med. jł*, 1884 t. II, p. 461, et 1887 T. II, p. 1272.
- Barker (Arthur-E.).** — *Brit. med. jł*, 1887 t. II ; t. III, p. 1203, 1890, p. 840.
- Baron.** — Ueber die neueren Radikaloperationen au Hernien (*Wien. med. Pres.* 11 et 18 août 1889).
- Baret Lockwood (Ch.).** — *Brit. med. jł*, 1889, 29 juin. *Acad. med. de New-York*, 21 fév. 1889. *Royal med. and. chir. soc.* 8 avril 1890. *Brit. med. jł*, 1890, t. I, p. 840.
- Bart.** — Cure radicale des hernies inguinales congénitales. *Thèse Paris*, 1889.
- Bassini (E.).** — *Arch für klin. chir.* 1890, t. XL, p. 429.
- Batmanow (A.).** — De la cure radicale de la hernie (en russe) *Med. obozr*, XLV, 4
- Baxter (G.).** — A proposed new methode of operating for the radical cure of inguinal hernia. *Ann. of surgery*, mars 1893,

- Bazy.** — De la cure radicale des hernies. *France méd.*, 25-27 janv. 1887.
- Beck (C.).** — A new operation for inguinal hernia. *Med. News*, 16 sept. 1899.
- Bégin (L.-J.).** — Nouveaux éléments de chirurgie, 1838.
- Bégouin.** — Sur la technique de la cure radicale des hernies. *Presse médicale*, 1902, p. 1064.
- Belmas (D.).** — Recherches sur un moyen de déterminer des inflammations adhésives dans les cavités séreuses. *Paris*, 1829.
- Bennett (W.).** — On the radical cure of hernia with especial reference to certain méthodes of operating. *Lancet*, 12-19 sept. 1891.
- Berezowsky (S.).** — De la cure radicale de la hernie inguinale oblique d'après la méthode de Kocher, et de ses récentes modifications (en russe). *Med. obozr.*, mars 1898.
- Ueber Radikaloperation nicht eingeklemmter Brüche und ihre Endresultate. *Deutsche Zeitsch. f. chir.* XL. 3-4.
- Berger (P.).** — Cure radicale des hernies. *Rev. de chir.*, 1884, t. IV, p. 786 ; *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 641. *Congrès français de chirurgie*, III session, 1888 ; *Revue des sciences médicales*, 1888, t. XXXII, p. 670.
- Du traitement des hernies inguinales congénitales par l'opération de la cure radicale. *Med. mod.* 10-14 avril 1890.
- Bernès-Lasserre.** — De la cure radicale de la hernie inguinale chez les enfants. *Thèse Toulouse*, 1897.
- Bernhard (O.).** — Eine neue methode der Radikaloperation der Leistenhernien. *Corresp. Bl. f. Schweiz Aerzte*, 1^{er} nov. 1897.
- Bianchi (G.).** — Il crine di Firenze in chirurgia. *Rif. Med.* 1 mai 1891.
- Bishop (E.).** — The etiology of chronic hernia, with special reference to the operation for radical cure. *Lancet*, 10 fév. 1894.
- Blaise.** — Canal inguinal chez l'adulte. Cure radicale de la hernie inguinale. (Procédé P. Berger). *Thèse Paris*, 1894.
- Boinet.** — De la cure radicale des hernies. *Thèse de concours d'agrégation en chirurgie. Paris*, 1839.
- Bonnet (de Lyon).** — Mémoire sur l'introduction et le séjour des épingles dans le sac, comme moyen d'obtenir la cure radicale des hernies. *Gaz. méd., Paris*. 1837.
- Borelius (J.).** — 200 Radikaloperationer för bräck, utförda på Karlskrona lasarett, 1891-1897 (*Nord. med. archiv.* XXXI 1).
- Bottini (de Pavie).** — Nouveau procédé pour la cure radicale des

hernies (*Huitième réunion de la Soc. Italienne de chirurgie*, 1891).

Brenner (A.). — Zur Radikaloperation de Leistenhernien (*Centr. Blatt. f. chir.*, 15 octobre 1898).

Broca (A.). — Art. : INGUINAL, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

— Variétés anatomiques et cure radicale de la Hernie inguinale (*V^e Congrès français de chirurgie*).

— Le traitement des Hernies inguinales, chez l'enfant en particulier (*Semaine médicale*, 9 mars 1898).

— Technique de la cure radicale de la hernie inguinale oblique externe (*Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, mars-avril, 1898).

Bull (W.) et Coby (W.). — Observations on the mechanical and operative treatment of hernia at the hospital for ruptured and crippled of New-York (*Ann. of surgery*, mai 1893).

Büngner (O Von). — Zur Radikaloperation der Hernien (*Deutsche Zeitsch. f. chir.* XXXVIII 6).

Cacciopoli (G.) — Una modificazione alla cura radicale delle ernie inguinali (*Rif. Med.*, 13 juillet 1895).

Chassaignac. — Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales. *Paris*, 1862.

Chauveau. — Les hernies inguinales congénitales. *Thèse Paris*, 1888.

Chisholm. — Nouvelle opération pour la cure radicale de la hernie inguinale (*Med. Times and Gazette*, 1861, p. 339).

Clauda. — Résultats éloignés de la cure radicale des hernies inguinales et crurales. (*Thèse Toulouse*, 1895).

Coby. — Cure radicale des hernies inguinales et crurales. (*Presse méd.* 1901, p. 179).

Cohn. — Zur technik der Radikaloperation freier Hernien (*Berlin. Klin. Woch.* 6-13 août 1888).

Collis (H.). — Statistique comparée des opérations avec ou sans ouverture du sac (*The Dublin Quarterly Journal* XXXII, p. 293).

Corvin et Vicol (de Jassy). — 200 opérations radicales de hernies abdominales (*XII Congrès International des Sciences médicales. Moscou* 1897).

Crickx (A.). — Les accidents consécutifs à la cure radicale de la hernie inguinale. (*Clinique*, 3 décembre 1896).

- Cruveilhier (J.)** — Traité d'anatomie pathologique générale (*Paris*, 1849, t. I.)
- Czerny.** — *Wiener med. Wochenschrift*. 1877, n^{os} 21 et 24.
— *Beiträge zur oper. Chir. Stuttgart*, 1878, p. 1-38.
— *Centralblatt f. chir.* 1883, p. 49.
- Deaver (J.)** — Radical cure of inguinal and femoral hernia. *J. of the Amer. med. assoc.* 10 mai 1890.
— A modified operation for the radical cure of inguinal hernia (*Ann. of surgery*, avril 1898).
- Declaise.** — Résultats immédiats et éloignés de la cure radicale des hernies inguinales chez la femme. *Thèse Lyon*, 1893.
- De Combes.** — Cure radicale des hernies inguinales par la méthode sclérogène. *Thèse Paris*, 1896.
- Delagénère.** — Etude critique des procédés modernes de cure radicale des hernies inguinales et crurales. (*Gazette des Hôpitaux*, 28 janvier 1888).
- Delbet.** — Récidive des hernies (*Soc. de Chirurgie*, 25 juillet 1900).
- Désir (J.)** — Des causes de la hernie inguinale récidivée. *Thèse Paris*, 1900.
- Dézon.** — De la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. *Thèse Paris*, 1898.
- Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Article : HERNIES.
- Dictionnaire de médecine, ou Répertoire général des sciences médicales, [1837.
- Dittel (Von).** — Zur Rûchwirkung der Radikaloperation von Bassin auf die Herniotomie der eingeklemmten Leistenhernien (*Wien. Klin. Wochensch.*, 8 août 1895).
- Dixon (J.)** — The radical cure of hernia (*New-York med. Journal*, 11 juin 1887).
- Doyen.** — Technique chirurgicale.
- Dubruel (A.)** — Cure radicale des hernies inguinales et crurales. (*Gaz. hebdom. des Sc. méd.*, Montpellier, 20 sept. 1890).
- Duplay (S.) et Cazin (M.)** — Sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. (*Semaine médicale*, 1896, p. 453).
— Sur un nouveau mode de traitement du sac dans la cure radicale des hernies. (*XII^e Congrès International des Sciences médicales*, Moscou, 1897).
— Méthode générale de cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. (*Semaine médicale*, 1897, p. 465).

- Duplay (S.). — De la cure radicale des hernies (*Semaine médicale*, 1896, p. 121).
- Duplay (S.) et Reclus. — Traité de chirurgie.
- Duret. — Considérations sur les variétés anatomiques et la cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme. *Thèse Paris*, 1891.
- Enquête collective des chirurgiens scandinaves sur la cure radicale des hernies. (*Semaine médicale*, 1896, p. 14).
- Faucompré (M.). — Cure radicale des hernies inguinales et crurales par le procédé Duplay-Cazin. *Thèse Lille*, 1898.
- Faure (J. L.). — Les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales. (*XI^e Congrès français de chirurgie*).
- Fayrer (Jos) de Calcutta. — Cure radicale de la hernie. (*Med. Times and Gazette*, 1867. *Gazette des Hôpitaux*, 1868).
- Felizet. — La cure radicale des hernies. *Paris*, 1891.
- Ferrari (T.). — Sulla cura radicale dell' ernia inguinale col metodo proprio. *Bergamo*, 1895.
- Fessler (J.). — Studien über die Radikaloperation der Hernien. (*Münch med. Wochensch.*, 20 juillet 1897).
- Follin (E.) et Duplay (S.). — Traité élémentaire de Pathologie externe. *Paris*, 1883.
- Forgue (E.) et Reclus (P.). — Traité de Thérapeutique chirurgicale, *Paris*, 1892.
- Frank (R.). — Ueber die Radikaloperation von Leistenhernien, *Vienne*, 1893.
- Ueber die Rückwirkung der Radikaloperation von Bassini auf die Herniotomie der eingeklemmten Leistenbrücher. (*Wien. Klin. Wochensch.*, 11-18 juillet 1895).
- Franz. — Herniologische Beobachtungen mit besonderer Berücksichtigung der Radikaloperationen. (*Deutsch. Zeitsch. f. chir.* LI, 1-2, 1899).
- Gay (John). — Contribution to the surgery of Ruptures. (*The Lancet*, 1852. Vol. 2, p. 464).
- Gerdy. — Remarques et observations sur les hernies. (*Arch. Gén. de Méd.* 1836, 2^e série, t. X, p. 389).
- Cure radicale de la hernie par invagination. (*Soc de chirurgie*, 15 nov. 1854).
- Grimard et Demars. — Notes pour servir à l'histoire de la Kélotomie et de la cure radicale des hernies. (*Gaz. hebdom.*, 15 avril 1897).
- Grüber. — *Bull. acad. Sc. Saint-Petersbourg*, 1873.

- *Virchow's archiv.*, t. LXIX, LXXII et LXXX.
- Guérin (A.).** — Chirurgie opératoire.
- Guérin (J.).** — Cure radicale des hernies par la méthode sous-cutanée (*Ann. de chir. franc. et étrang.*, Paris, 1842, t. V, p. 342).
- Guermonprez (de Lille).** — Le crin de Florence et sa valeur thérapeutique. *Progrès médical*, 1885.
- Gutiérrez (A.).** — Cura radical de la hernia inguinal por un nuevo metodo del Prof. Aguilar (*Rev. de la Soc. med. argentina*, IV, 22, 1895).
- Haidenthaller (J.).** — Die Radikaloperationen der hernien in der Klinik der H. Prof. Billroth., 1877-1889. (*Arch. für Klin chir.*, LX, 3).
- Halsted (W.).** — The radical cure of inguinal hernia in the male. (*Ann. of surgery*, mai 1893).
- Hamilton (John B.).** — On the radical cure of inguinal hernia, a review of the existing status of the opération, with remarks on its part history. (*Journ. of the Amer. med. assoc. Chicago*, 4 sept. 1886).
- Heydenreich (A.).** — La valeur de l'opération de la cure radicale des hernies. (*Sem. médicale*, 1888, p. 269).
- Hofmokl (J.).** — Contribution à la symptomatologie et au traitement des hernies étranglées et à la cure radicale des hernies libres. (*Wiener Klinik*, août-septembre 1890).
- Humbert.** — Cure radicale des hernies inguino-scrotales volumineuses. (*Thèse Lyon*, 1891).
- Iliine.** — De la cure radicale de la hernie inguinale. (*Thèse Paris*, 1901).
- Jobert (de Lamballe).** — Traité des maladies chirurgicales de l'abdomen, Paris, 1829.
- Jonnesco (Th.).** — Cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus (XII^e Congrès international des sciences médicales). Moscou, 1897.
- Cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. Description d'un nouveau procédé. (*Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie de Bukarest*, mars 1898).
- Ein neues Verfahren für die Radikaloperation der Leistenbüche ohne verlorene Fäden (*Cent. Bl. f. chir.*, 21 janv. 1899).
- Julliard.** — Voir Thèse de SEGOND. Paris, 1883, p. 178.

- Karewski.** — De la cure radicale des hernies (*Soc. méd. Berlin*, janv.-février, 1899).
- Keetley.** — Further Remarks on the radical cure of hernia by injection (*Brit. med. Journ.*, 21 mai 1887).
- The radical cure of hernia (*Ann. of surgery*, juillet 1888).
- Kelly.** — *New-York surgical society* (Mars, 1891).
- A new departure in the radical treatment of hernia ; the transplantation of the tensor vaginæ femoris and a portion of the fascia lata (*New-York Therapeut. rev.*, juillet-août-sept. 1894).
- Kocher.** — Resultate der Hernien Radikaloperation (*Cent. Bl. f. Chir.*, 15 mai 1897).
- Kokoris (D.).** — χειρουργική θεραπεία των κηλων μονίμος ιασις δια χειρουργίας μετα στατιστικής εγχειρησεων. *Athènes*, 1898.
- Krummer (E.).** — La cure radicale des hernies abdominales (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, septembre 1895).
- Küster.** — *Cent. Bl. für Chir.*, 1890, p. 689.
- Lafourcade (J.).** — De la cure radicale des hernies (*Dax*, 1895).
- Laffite.** — Cure radicale de la hernie inguinale. *Thèse Paris*, 1901.
- Lambret.** — Cure radicale des hernies inguinales ; perfectionnement au procédé Duplay-Cazin-Faure (*Echo méd. du Nord*, 27 mars 1898).
- Laguaite.** — Nouveau procédé pour la cure radicale de la hernie inguinale (*Lyon médical*, 25 juillet 1897).
- Lannelongue.** — Cure radicale des hernies inguinales par les injections de chlorure de zinc. *Académie de médecine*, 6 juillet 1897.
- Lawson Tait.** — Traitement des hernies par la laparotomie (*Semaine médicale*, 14 octobre 1891).
- Lebensohn (S.).** — Radikaloperation der Hernien (*Deutsche Zeitsch. f. chir.* XLVIII, 5-6).
- Leblanc.** — Nouvelle méthode d'opérer la hernie (*Paris*, 1766).
- Le Brun.** — De la cure radicale des hernies (*Thèse Nancy*, 1890).
- Le Dentu (A.) et Delbet (P.).** — Traité de chirurgie clinique et opératoire.
- Le Diberder.** — Valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive (*III^e Congrès Fr. de chirurgie*).
- Lejars (F.).** — Traité de chirurgie d'urgence.
- Léonté (de Bukarest).** — III^e Congrès français de chirurgie.

- Link (I.).** — Die in Garnison spitale, n° 14, zu Lemberg ausgeführten emten, 30, Radikaloperationen freier hernien nach Bassini (*Wiene med. Wochensch.* 6-13 février 1897).
- Lockwood (C.-B.).** — The radical cure of hernia, hydrocele and varicocele (*London*, 1898).
- Lucas-Championnière (J.).** — Cure radicale des hernies (*Paris*, 1886)
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
- Luschka.** — Reichert und du Bois-Reymond's arch. 1870.
- Macalister.** — *Med. Press.* 1866, p. 94.
- Macewen (W.).** — *British med. journ.* 1887, t. 2, p. 1263.
- Maisonnette.** — Cure des hernies par les injections iodées (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 9 octobre 1854).
- Malgaigne (J.-P.).** — Manuel de médecine opératoire.
- Marcy (de Boston).** — De la suture des plaies (*Sem. médicale*, 1897, p. 352).
- Manley (Ch.).** — The australian or O Hara operation for the radical cure of hernia (*Med. Record*, 14 septembre 1895).
- Hernia : its palliative and radical treatment in adults, children and infants (*Philadelphie*, 1893).
- Mauviez.** — Contribution à l'étude des résultats éloignés de la cure radicale des hernies (*Thèse Lyon*, 1894).
- Mayo (W.).** — Remarks on the radical cure of hernia (*Ann. of surgery*, Janvier 1899).
- Mazoyer.** — De l'inflammation dans les hernies (*Thèse Montpellier*, 1898).
- Millot.** — De quelques modifications apportées à la cure radicale des hernies inguinales chez l'homme (Procédé de Bassini-Ferrari). (*Thèse Paris*, 1902).
- Mitchell Banks.** — Cure radicale des hernies (*Association médicale britannique*, 55^e session *Dublin*, 1887).
- Möller (A.).** — Zur Radikaloperation der Unterleibsbrüche (*Münch. med. Wochensch.* 15 octobre 1895).
- Mollière (D.).** — Valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive (*III^e Congrès français de chirurgie*).
- Muguai (A.).** — Nuovo processo per la cura radicale delle ernie inguinali (*Riforma med.*, 22 avril 1891).
- Natanson.** — De l'opération radicale de la hernie inguinale chez les enfants du premier âge (*Thèse Paris*, 1895).
- Nicaise.** — Cure radicale de la hernie inguinale. Rapports du sac

herniaire avec la tunique fibreuse des bourses (*Revue de chirurgie*, 10 juillet 1896).

Nimier. — Traitement de la hernie inguinale de l'adulte par la méthode sclérogène (*XI^e Congrès français de chirurgie*).

O Hara. — Radical cure of hernia ; a new method. (*Brit med. journal*, 1892, t. II).

Paucot. — Cure radicale de la hernie inguinale par la méthode de Bassini et ses dérivés (*Thèse Paris*, 1897).

Payot. — Nouveau procédé de cure radicale de la hernie inguinale (*Thèse Paris*, 1897).

Peyrot (J.-J.) Manuel de pathologie externe.

Pipelet (l'ainé). — Sur la ligature de l'épiploon (*Mémoire de l'Académie royale de chirurgie. Paris* 1757, t. III, p. 394).

Pollosson. — Cure radicale des hernies (*Lyon médical*, 1893).

Postempski. — (*Arch. de atti della Soc. Ital. di Chir.*, 1887).

Poulet. — Traitement opératoire des hernies sans ouverture du péritoine (*XV^e Congrès Français de chirurgie*).

Pozzi. — De l'épiploite consécutive à la section de l'épiploon dans la cure radicale des hernies (*Soc. de chirurgie*, 15 février 1899).

Preto (A.). — Cento quaranta operazioni per la cura radicale dell'ernia inguinali col metodo Bassini (*Loncino*, 1894).]

— Contributo à l'anatomia patologica e alla statistica delle ernie inguinali non comuni (*Atti dell'associa. med. lombarda*. Mars-avril 1897).

Puech. — De la cure radicale des hernies (*Montpellier médical*, 15 février 1888).

Ravin (F. P.). — Essai sur la théorie des hernies, de leur étranglement et de leur cure. (Paris, 1822) et *Journal universel des sciences médicales*, 1882, t. XXVII, p. 64).

— Mémoire sur la théorie et la cure radicale des hernies (*Arch. gén. de méd.*, t. XXVII, p. 35).

Racoviceano Piteski. — Statistique sur 102 cas de cure radicale (*Bull. et mém. de la Soc. de Clin. de Bukarest*, 1898).

Reed. — (*New-York med. Journal*, 1894).

Reille. — Cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de l'abaissement mis en usage par le D^r Schwartz (*Thèse Paris*, 1898).

- Reverdin (J.-L.).** — *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1881, p. 44 et 171
Ibid., 15 janvier 1882 ; avril 1885, p. 237.
- Reverdin (A.).** — *Bulletin de la soc. de chir.*, 1881, p. 268, t. II.
- Reynier.** — De l'épiploïte consécutive à la section de l'épiploon dans la cure radicale des hernies (*Soc. de chirurgie*, 15 février 1899).
- Richelot (L.-G.).** — De la cure radicale des hernies et hydrocèles congénitales (*Un. méd.*, 20 déc. 1887).
— Résultats éloignés de la cure radicale des hernies (*VI^e Congrès Français de chirurgie*).
- Richet.** — De la cure radicale des hernies (*Echo médical*, 25 février 1888).
- Ricord.** — Nouveau procédé d'injection pour la cure médicale des hernies (*Gaz. des hôpitaux*, 1854, p. 532).
- Roberts (J.).** — The radical cure of hernia by operation (*Amer. Journal of the med. scienc.*, septembre 1895).
- Rotter.** — De la cure radicale des hernies (*Société de médecine berlinoise*, 25 janvier 1899).
- Roustiski (O.).** — Contribution à la thérapeutique des hernies (en russe) (*Vratch*, 23-30 août 1891).
- Routier.** — Valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive (*III^e Congrès français de chirurgie*).
- Saboïa.** — Cure radicale des hernies (*Soc de chirurgie*, 14 déc. 1887).
- Sacchi (G.).** — Contributo anatomico alla cura radicale delle ernie inguinali (*Sperimentale*, janv. fév. 1889).
- Schede (Max).** — *Centralbl. für chir.*, 1877, p. 689.
— De l'utilité des sutures métalliques perdues dans les laparotomies et les cures radicales de hernies (*III^e Congrès de la Soc. Allemand. de chir.*).
- Schwalbe (K.).** — Die Radicale Heilung. der Unterleibs-brüche (*Deutsch. Med. Ztg.* 23-26 fév. 2-5 mars 1891).
- Schwartz.** — Cure radicale de la hernie inguinale chez la femme. (*Semaine médicale*, 1891, p. 408).
— Sur un procédé de cure radicale des hernies, myoplastie herniaire. (*VII^e Cong. français de chirurgie*).
- Sebileau.** — Leçons de chirurgie.
- Segond (P.).** — Cure radicale des hernies (*Thèse d'agrégation. Paris* 1883). Valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive (*III^e Cong. français de chirurgie*).

- Sinon (O.).** — Ueber Radikaloperationen bei Inguinal und Femoralhernien (*Beiträge f. Klin. chir.* XVII, 2).
- Slajmer (E.).** — Bericht über 150 Radikaloperationen des freien Leistenbrüche nach Wölfler (*Arch. f. Klin. chirurg.* LVI 4).
- Socin.** — Corr. Bl. für chir. Aerzte 1878.
— Valeur de la cure radicale des hernies (*III^e Congrès français de chirurgie*).
- Spartali.** — Contribution à l'étude des hernies inguinales récidivées (*Thèse Paris*, 1897).
- Stanmore Bishop (E.).** — The radical cure of hernia, with a description of a new modification of Macewen's operation (*Brit. Med. Journal*, 19 avril 1860).
- Stinson (J. Coplin).** — The radical cure of inguinal hernia, some points in technic, concise review of the several methodes of operation (*Pacific. med. Journal*, janvier 1897).
- Tailleur.** — Résultats éloignés de la cure radicale des hernies (*Thèse Lausanne*, 1898).
- Terrillon.** — Trois cas de cure radicale pour hernie inguinale congénitale, volumineuse ; guérison. Réflexions à propos du procédé opératoire (*Bull. gén. de therap.* 30 sept. 1888).
— *Bull. et mém. de la société de chirurgie*. 1887, p. 653.
- Testut.** — Traité d'anatomie humaine.
- Thierry (Al.).** — Des diverses méthodes opératoires pour la cure radicale des hernies. (*Thèse de concours de médecine opératoire*, Paris, 1841).
- Thiriar.** — Utilité d'un transplant osseux dans la cure radicale des hernies. (*VII^e Cong. français de chirurgie*).
— Notes sur la cure radicale des hernies. (*La Clinique*, 15 nov. 1888).
- Tillaux.** — Traité de chirurgie clinique.
— Traité d'anatomie topographique, avec applications à la chirurgie.
- Toulon.** — Contribution à l'étude de la cure radicale de la hernie inguinale. (*Thèse Toulouse*, 1895).
- Trélat.** — Statistique chirurgicale de la clinique de la Charité, pour 1886-1887.
— Clinique chirurgicale (*Leçons publiées par le prof. Delbet*), (Paris, 1891).
— De la cure opératoire des hernies. (*Rev. gén. de clin. et de thérapeutique*, 12 janvier 1887).

- Deux opérations de cure chirurgicale de hernies. (*Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} septembre 1888).
- Valeur de la cure radicale des hernies. (*III^e Cong. fr. de chir.*).
- Trendelenburg.** — De la cure radicale des hernies. (*XIX^e Congrès de la Société allemande de chirurgie*).
- Valette (A.-D.).** — De la cure radicale des hernies inguinales et d'un moyen nouveau de l'obtenir. (Paris 1855).
- Vallas.** — Cure radicale des hernies. (*Provence médicale*).
- Vassal.** — Considérations sur la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, particulièrement chez la petite fille. (*Thèse de Paris*, 1895).
- Vauverts (A. V.).** — De la cure radicale des hernies (*Thèse Paris*, 1856).
- Villar (F.).** — Cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Bassini. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 21 avril 1895).
- Les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales. (*XI^e Congrès Français de Chirurgie*).
- Du procédé de Villar dans la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus et de ses résultats éloignés (*Rapport lu par M. Monod à la Soc. de Chirurgie le 4 septembre 1899, sur un mém. de M. Vanverts, de Lille*).
- Von Bergmann.** — A propos de l'opération radicale de la hernie inguinale. (*XX^e Cong. de la Soc. allemand. de Chirurgie*).
- Weir (R.).** — On the cure of reducible and irreducible hernias by Heaton's injection method and by radical operation. (*Medical record*. 5 mars 1887).
- Winocouroff.** — Cure radicale des hernies et hydrocèles congénitales. (*Thèse Paris*, 1888).
- Wissemans (M.).** — De la cure radicale de la hernie dans l'armée (*Orléans*, 1897).
- Wolff.** — Beiträge zur Radikaloperation der Leisten und Schenkelhernien. (*Beiträge z. Klin. Chir.* VII. 3.)
- Wood (John).** — On ruptures. (London, 1863). *Lancet*. (9 mai 1858) *Lancet*. (3 fév. 1866), *id.* 3 juin 1866, *id.* 1877. T. 1, p. 834. *id.* 1878. T. II, p. 184 : 20 août 1881 : mai 1882
- Lectures on hernia and its radical cure. (*Brit. med Journal*, 1885).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos.	7
CHAP. I. — <i>Des indications à remplir au cours de la cure radicale des Hernies inguinales.</i>	10
CHAP. II. — <i>Différentes manières de traiter le sac.</i>	18
CHAP. III. — <i>Des différents modes de fermeture de la porte herniaire</i>	28
CHAP. IV. — <i>Manuel opératoire de M. Dayot</i>	44
CHAP. V. — <i>Etude des résultats fournis par la méthode</i>	54
CHAP. VI. — Conclusions.	69
Index Bibliographique.	73

